

PENJAGAAN KESIHATAN PRIMER DI MALAYSIA

Cabaran, Prospek dan Implikasi
dalam latihan dan Penyelidikan
Perubatan serta Sains Kesihatan di
Universiti Putra Malaysia



PROF. DR. MOHD YUNUS ABDULLAH

PENJAGAAN KESIHATAN PRIMER DI MALAYSIA

Cabaran, Prospek dan Implikasi dalam latihan
dan Penyelidikan Perubatan serta Sains
Kesihatan di Universiti Putra Malaysia

PROFESSOR DR. MOHD YUNUS ABDULLAH

MD (UKM), MPH (Hawaii),
Cert. Adv. Training in PHC (Mahidol University/UNDP)

20 Jun 2008

**Dewan Taklimat
Bangunan Pentadbiran
Universiti Putra Malaysia**



Penerbit Universiti Putra Malaysia

Serdang • 2008

<http://www.penerbit.upm.edu.my>

© Penerbit Universiti Putra Malaysia

First Print 2008

Hak cipta terpelihara. Mana-mana bahagian penerbitan ini tidak boleh dihasilkan semula, disimpan dalam sistem simpanan kekal, atau dipindahkan dalam sebarang bentuk atau sebarang cara elektronik, mekanik, penggambaran semula, rakaman dan sebagainya tanpa terlebih dahulu mendapat izin daripada pihak Penerbit Universiti Putra Malaysia.

Penerbit UPM adalah anggota Persatuan Penerbit Buku Malaysia (MABOPA)

No. Ahli: 9802

Perpustakaan Negara Malaysia

Cataloguing-in-Publication Data

Mohd Yunus Abdullah

Penjagaan kesihatan primer di Malaysia: cabaran, prospek dan implikasi dalam latihan dan penyelidikan perubatan serta sains kesihatan di Universiti Putra Malaysia.

(Inaugural lecture series)

ISBN 978-967-5026-81-2

1. Medical care--Administration--Malaysia. 2. Public health--Malaysia.

3. Speeches, addresses, etc., Malay. I. Judul. II. Siri.

362.1109595

Penerbit Universiti Putra Malaysia

43400 UPM Serdang

Selangor Darul Ehsan

Tel: 03-8946 8855 / 8854

Fax: 03-8941 6172

<http://www.penerbit.upm.edu.my>

Kandungan

Abstrak	1
Abstract	3
Pengenalan	5
Penjagaan Kesihatan Primer sebagai Falsafah Pendekatan, Strategi dan Perkhidmatan Kesihatan serta Kesejahteraan	8
Falsafah Kesihatan, Kesejahteraan dan Daterminan Kesihatan	8
Strategi Pembangunan dan Perkhidmatan PKP	12
Penerapan Pendekatan dan Perkembangan Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia	18
Skim Perkhidmatan Kesihatan Luar Bandar	18
Selepas Deklarasi Alma Ata hingga Kini	20
Isu, Cabaran dan Prospek Penjagaan Kesihatan Primer Di Malaysia	27
Penduduk dan Pengguna PKP	27
Persekitaran dan Beban Penyakit	28
Penglibatan Masyarakatttttttttttt dalam PKP	32
Pengurusan maklumat Kesihatan dan ICT	38
Peningkatan Kualiti Perkhidmatan PKP	39
Modal Insan dan Sumber Tenaga Kerja yang Optimum	41

Pengukuhan Integrasi dan Kolaborasi antara Agensi dengan Sektor PKP Swasta dan Perubatan Tradisional dan Komplimentari (TCM)	42
Implikasi kepada Keperluan Latihan	44
Implikasi kepada Penyelidikan dan Pembangunan	48
Cadangan: Peranan Masa Depan UPM dalam Latihan dan Pengembangan Penyelidikan PKP	49
Pengukuhan Kurikulum Sedia Ada, Pembangunan Kurikulum dan Penawaran Program baru	52
Tenagakerja, Peralatan dan Pengurusan Makmal Latihan dan Penyelidikan serta ICT	54
Pembangunan Pusat Penjagaan Kesihatan Primer UPM	55
Kerjasama dan Kolaborasi dengan Daerah Latihan	57
Kesimpulan	58
Rujukan	59
Penghargaan	65
Biodata	67
List of Inaugural Lectures	69

ABSTRAK

Semenjak diperkenalkan di Malaysia, Penjagaan Kesihatan Primer (PKP) dilaksanakan dengan memberi penekanan kepada dasar hak asasi manusia dan telah mengambilsuai pendekatan dan strategi “intervensi hadapan” (*upstream intervention*) yang komprehensif. Ia bukan sahaja memberi tumpuan kepada mengenal pasti determinan kesihatan tetapi juga melakukan perubahan kepada keadaan yang menyebabkan terjadinya penyakit dan masalah kesihatan. PKP bertujuan menjadi jambatan penghubung jurang ekuiti perkhidmatan kepada golongan miskin dan masyarakat yang terpinggir di kawasan luar bandar dengan melaksanakan integrasi peranan dan perkhidmatan daripada pelbagai sektor dalam peningkatan kesihatan. Malaysia juga telah memanfaatkan strategi penyertaan masyarakat secara berkesan dengan memperkasa masyarakat melalui peningkatan pengetahuan agar lebih bertanggungjawab kepada tindakan mereka di samping melakukan penyesuaian pelaksanaan PKP daripada aspek sosial, budaya dan penggunaan teknologi yang tepatguna. PKP di Malaysia diasaskan kepada falsafah, bahawa sistem penjagaan kesihatan dapat dipertingkat dan diperkukuh dengan peningkatan mutu perkhidmatan yang dapat mencapai hasil perkhidmatan yang diinginkan dan yang sangat penting, wujudnya pembangunan yang mampan. PKP di Malaysia telah menghadapi pelbagai cabaran semenjak hampir 30 tahun lalu dan telah bersedia untuk perkembangan masa depannya. Perkembangan PKP selanjutnya berkait rapat dengan keperluan menambah baik profesionalisme dan meningkatkan kapasiti tenaga kerja yang baru dan yang sedia ada, terutama dalam kelayakan kepakaran dan meningkatkan kompetensi. Keperluan ini memberi ruang yang luas kepada peranan yang boleh dimainkan oleh universiti dan institusi latihan negara dalam latihan tenaga profesional berkeelayakan dan berpengalaman. UPM sebagai sebuah universiti penyelidikan harus merebut peluang ini dengan

melakukan penyesuaian dalam penawaran sebahagian program dan kursus agar menjurus kepada keperluan latihan untuk PKP, sama ada untuk program peringkat siswazah mahupun peringkat pascasiswazah, yang selanjutnya akan memacu UPM menjadi peneraju dalam bidang ini. Latihan jangka pendek yang bertujuan untuk peningkatan kapasiti dan profesionalisme tenaga kerja kesihatan juga boleh dilaksanakan terutama dalam aspek evaluasi, assesmen dan peningkatan kualiti, peningkatan kapasiti penyelidikan dan ICT. PKP juga banyak membuka peluang untuk melakukan penyelidikan daripada berbagai-bagai perspektif dan analisis; daripada analisis polisi, strategi pelaksanaan perkhidmatan, evaluasi, assesmen impak dan hasil sehingga kepada pelbagai kajian yang berasaskan komuniti atau perspektif pengguna. Pendekatan penyelidikan multidisiplin dan kolaboratif harus digalakkan bagi mencapai penggunaan maklumat dan hasil penyelidikan yang berkesan.

Kata kunci: Penjagaan kesihatan primer, Malaysia, keperluan latihan dan penyelidikan.

ABSTRACT

Since its introduction in Malaysia, the Primary Health Care (PHC) has emphasized the human rights perspectives and adopted strong comprehensive approaches toward “upstream intervention” that not only identify health determinants but also investigating the conditions leading to disease and health problems. Through the integration of the role of different sectors and their services on health, PHC aims to bridge the equity gaps particularly between the poor and marginalized rural population. By advocating socially, culturally and technologically appropriate methods, effective community participation is fostered. The crucial change from mere participation to participatory involvement of community has been made possible through empowering the people with the knowledge and responsibility for their actions. The philosophy of PHC in Malaysia is founded on strong belief that the health care system be enhanced and strengthened through improving the quality of services and determining the desired outcome and most importantly sustaining the development that has been taken place. Many changes and challenges have occurred since almost 30 years. Further development lies in the improvement of professional development and capacity building for existing and new health care workers, particularly so in the area of specialist qualification and competency. There are certainly needs for training roles of the qualified and experienced health care professionals in the public universities and other higher training institutions. UPM has gone far as to be recognized as one of the leading research universities in Malaysia, it should therefore realize its potentials by streamlining some of present programs and courses. By offering programs that are tailored to the training needs of PHC both the undergraduate and postgraduate levels, UPM stands to become a leading model in this field. By embarking on short training courses for professional development and capacity building that emphasized

on evaluation, quality assessment and improvement, research capacity and ICT, UPM can thus be ahead of the other universities in PHC programs and services. There are tremendous research opportunities related to PHC. Analysis can range from policy, strategic implementation, evaluation, impact and outcome assessment to various aspect of community-based studies and consumer perspectives. Toward more effective data utilization and productive outcome of the analysis, all concerned must adopt multidisciplinary and collaborative approaches.

Key words: Primary health care, Malaysia, training and research needs.

PENGENALAN

Penjagaan Kesihatan Primer (PKP) telah menjadi perhatian utama pengurus dan pembuat polisi penjagaan kesihatan semenjak tiga dekad yang lalu. Malah, pengorganisasian dan penyampaian perkhidmatan penjagaan kesihatan primer kini dilihat oleh ramai pakar penjagaan kesihatan sebagai cabaran utama yang perlu dihadapi oleh setiap sistem penjagaan kesihatan di seluruh dunia pada abad ke 21 ini.

Istilah Penjagaan Kesihatan Primer (PKP) atau *Primary Health Care* telah digunapakai dalam berbagai bentuk istilah dengan berbagai-bagai pula tafsiran dan konsep, penyampaian dan amalannya. Dalam konteks penulisan dan perbincangan ini, definisi teras yang telah dianjurkan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (*WHO, 1978*) dengan perpektif terkini digunapakai. Definisi ringkas dalam bahasa Inggerisnya menyatakan bahawa; *Primary health care is a set of universally accessible first-level services that promote health, prevent disease and provide diagnostic, curative, rehabilitative, supportive and palliative services.*

Berasaskan *World Health Assembly's Conference* di Alma Ata pada bulan September 1979, telah mendefinikan secara terperinci PKP, dan daripada definisi tersebut dapat digariskan pula tujuh ciri utama prinsip pendekatan perkhidmatan penjagaan kesihatan primer di bawah kata kunci bahasa Inggeris berikut:

first-contact: penjagaan kesihatan primer (PKP) merupakan suatu perkhidmatan penjagaan kesihatan asas yang esensial dan berperanan sebagai wadah konteks pertama setiap anggota masyarakat sesebuah komuniti kepada sistem penjagaan kesihatan yang terdapat di sesebuah negara.

universal accessibility: PKP dapat dicapai oleh penduduk dengan

mudah dan segera perkhidmatannya oleh penduduk, bukan sahaja daripada aspek fizikal dan infrastrukturnya tetapi juga dari segi kemampuan ekonomi, budaya dan cara hidup mereka.

Addresses local problems: PKP seharusnya dapat mengenal pasti masalah, menangani dan menyelesaikan masalah kesihatan dalam sesebuah komuniti dan mampu mempromosikan dan memaksimumkan taraf kesihatan dan kesejahteraan anggotanya. Pembangunan dan perkhidmatan kesihatan yang dilaksanakan seharusnya dapat disesuaikan kepada cara hidup dan budaya masyarakat setempat tersebut.

Integrated, comprehensive and continuity care: Pendekatan dan perkhidmatan yang diberikan mestilah lengkap dan holistik yang meliputi promosi kesihatan, pencegahan penyakit, penyediaan perkhidmatan diagnostik, penjagaan kuratif, pemulihan, sokongan dan paliatif. PKP ialah sebahagian daripada perkhidmatan yang disediakan oleh sistem penjagaan kesihatan nasional sesebuah negara yang dapat menjamin kelestarian keperluan dan penjagaan kesihatan yang berterusan disamping perkhidmatannya yang berintergrasi dengan berbagai sektor pembangunan yang lain seperti pendidikan, ekonomi dan sosio-budaya masyarakat setempat.

Community participation: Masyarakat setempat harus dapat terlibat secara aktif dalam perancangan dan pelaksanaan perkhidmatan PKP. Melalui penglibatan mereka ini, keperluan dan keutamaan yang sewajarnya dapat diambilkira dalam penyampaian PKP, disamping dapat memanfaatkan sumber-sumber dalam masyarakat dan penyesuaian dalam konteks persekitaran, carahidup dan sosiobudaya masyarakat setempat.

Close to home: Sebahagian besar daripada usaha intervensi masalah dan aktiviti yang dilakukan bagi menenuhi keperluan kesihatan yang dijalankan seharusnya dilaksanakan sedekat mungkin dengan di mana masyarakat tersebut tinggal atau bekerja. Ia seharusnya dapat dicapai atau dimanfaatkan oleh anggota masyarakat secara mudah dan segera. Perkhidmatan seharusnya disampaikan oleh tenagakerja yang cukup terlatih dan kompeten untuk memberikan perkhidmatan. Mereka harus mampu berinteraksi serta berkomunikasi dengan masyarakat sesuai dengan persekitaran, carahidup dan sosiobudaya anggota masyarakat tersebut.

Quality: Perkhidmatan yang disediakan berkualiti tinggi daripada segi akses, ketepatan dan kesesuaian daripada perspektif profesional dan pengguna dengan kos yang berpatutan.

Falsafah, pendekatan dan strategi PKP seharusnya dinyatakan dengan jelas dalam dasar atau polisi pembangunan dan sistem penjagaan kesihatan sesebuah negara. Prinsip pelaksanaan dan penyampaian perkhidmatan PKP harus menjadi garispanduan ke seluruh paras jagaan dalam sistem penjagaan kesihatan sesebuah negara .

Dalam konteks sistem penjagaan kesihatan di Malaysia kini, paras perkhidmatan pertama ini meliputi perkhidmatan yang disediakan di bawah organisasi perkhidmatan kerajaan apa yang disebut sebagai sebuah unit kesihatan. Dari segi infrastuktur, lazimnya ia melibatkan satu rangkaian terdiri daripada sebuah Klinik Kesihatan atau Poliklinik Komuniti dengan beberapa buah Klinik Desa, lazimnya empat. Daripada segi tadbirurus, semua unit kesihatan ini adalah di bawah tanggungjawab dan kendalian pengurusan Pejabat Kesihatan Daerah sesebuah daerah, yang diketuai oleh Pegawai Kesihatan Daerah, seorang profesional perubatan yang lazimnya Pakar Perubatan Kesihatan Awam.

Di Malaysia, prinsip teras pendekatan PKP telah diperkenalkan ke dalam sistem penjagaan kesihatan pada tahun yang sama selepas *Alma Ata Declaration* diisytiharkan iaitu pada tahun 1978 (WHO, 1978). PKP telah diterap sebagai panduan, bukan sahaja untuk memperkukuh organisasi dalam sistem penjagaan kesihatannya tetapi juga sebagai enjin penggerak pembangunan, perkhidmatan dan promosi kesihatan. Pendekatan PKP juga dimanfaatkan sebagai penggerak untuk mencapai ekuiti dan memperkasa golongan miskin, mereka yang terpinggir dari perkhidmatan kesihatan dan mereka yang kurang bernasib baik daripada persekitaran pembangunan seperti di kalangan masyarakat di kawasan luar bandar dan kampung-kampung yang terpencil di kawasan pedalaman.

Beberapa aspek bagaimana pendekatan PKP tersebut diadaptasi dan diterapkan di Malaysia semenjak 30 tahun lalu akan dijejak semula. Apakah isu, cabaran yang dihadapi, prospek masa depannya, bagaimana pencapaian, kekuatan dan kekurangannya? Apakah hala tuju dan implikasi kepada keperluan latihan dan penyelidikan dalam bidang perubatan dan sains kesihatan akan dibincang. Implikasi kepada keperluan latihan dan pembangunan penyelidikan di Universiti Putra Malaysia (UPM) akan dijadikan sebagai satu kajian kes, agar dapat dilihat sebagai salah satu wadah ke arah membudayakan pencapaian prestasi tinggi warga UPM dalam menjulang wawasan universiti penyelidikan.

PENJAGAAN KESIHATAN PRIMER SEBAGAI FALSAPAH PENDEKATAN, STRATEGI DAN PERKHIDMATAN KESIHATAN SERTA KESEJAHTERAAN

Falsafah Kesihatan, Kesejahteraan dan Determinan Kesihatan

Pendekatan PKP harus dilihat sebagai suatu kefahaman tentang kesihatan secara holistik dan menghalu kepada pencapaian kesejahteraan bukan semata-mata berhadapan dengan penyakit, pilihan rawatan dan penggunaan

sistem penjagaan kesihatan. Pencapaian taraf kesihatan yang baik dan kesejahteraan bergantung kepada pengenalpastian dan pemberantasan determinan kesihatan. Persediaan dengan berkesannya perkhidmatan dan pembangunan sektor lain seperti perumahan, pendidikan, kemudahan awam, perhubungan jalan raya, komunikasi, pertanian, perindustrian, perdagangan dan lain-lain sama pentingnya dengan persediaan dan penyampaian perkhidmatan kesihatan. Pembangunan keseluruhan ini menjadi prasyarat penting kepada pembangunan dan perkhidmatan kesihatan yang berkesan dalam sesebuah masyarakat.

Kefahaman tentang kompleksiti kesihatan dan kesejahteraan (*health and wellness/well-being*) ini membezakan pendekatan PKP dengan pendekatan penyampaian perkhidmatan sebelumnya. Ia mendorong kepada satu perubahan paradigma dalam pendekatan dan penyampaian perkhidmatan penjagaan kesihatan. Fokus utama bukan lagi semata-mata rawatan dan pengubatan penyakit tetapi kepada peningkatan taraf kesihatan dan kesejahteraan dengan memelihara (*maintaining*) kesihatan di kalangan individu, keluarga dan kumpulan masyarakat dalam sesebuah komuniti setempat. PKP harus responsif terhadap keperluan dan masalah kesihatan serta masalah-masalah lain yang terdapat dalam sesebuah masyarakat.

Selain berhadapan dengan masalah penyakit dan perawatannya, skop penjagaan perlu diperluas kepada penilaian terhadap keperluan dan pengenalpastian serta penyelesaian faktor risiko kesihatan yang berkaitan, mengenal pasti keupayaan dan tingkah laku kesihatan, penilaian keadaan persekitaran dan sistem penjagaan kesihatan, agar dapat dimanfaatkan bagi memperkukuh dan memperkasa diri, ahli keluarga, kejiranan dan masyarakat ke arah usaha mengatasi masalah kesihatan yang dihadapi. Mengenal pasti keperluan perkhidmatan sokongan fizikal, emosi, sosial dan spiritual juga sangat penting dalam pelaksanaan intervensi masalah dalam sesebuah komuniti. Usaha intervensi PKP mungkin berupa aktiviti peningkatan

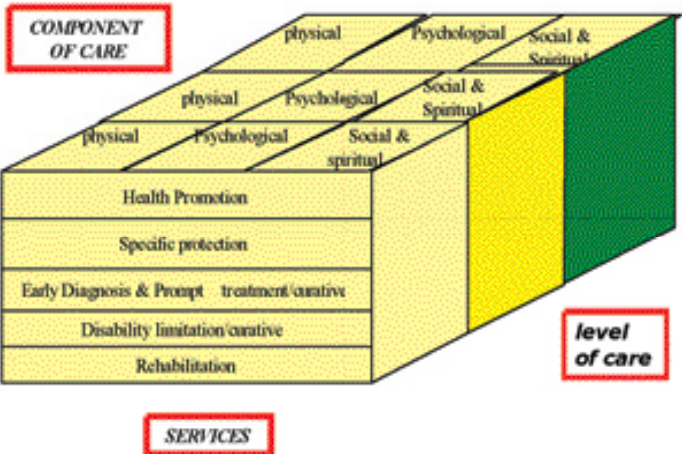
pengetahuan, pembinaan ketrampilan dan keupayaan tertentu, memainkan peranan yang baru dan melakukan perubahan aktiviti cara hidup dan tingkah laku yang baru serta melakukan pengubahsuaian persekitaran hidup, tempat kerja atau cara bekerja dan bergerak kumpulan sasaran PKP.

Tumpuan kawalan yang paling utama dalam PKP ialah perkhidmatan yang disedia dan pembangunan kesihatan dilaksanakan haruslah merujuk kepada keperluan dan masalah setempat. Pelaksanaan PKP seharusnya melibatkan anggota masyarakat, individu dan agensi yang berkaitan dalam semua paras perancangan, pelaksanaan dan penilaian perkhidmatan. Ekuiti terhadap perkhidmatan merupakan suatu yang sangat penting untuk dicapai dalam pelaksanaan PKP. Segala usaha dan perkhidmatan PKP harus sedaya upaya bertujuan untuk mencapai ekuiti, yakni memberi fokus kepada penyelesaian masalah golongan yang paling buruk taraf kesihatan mereka dan memberi keutamaan kepada golongan yang sangat memerlukan dan kurang bernasib baik.

PKP bertujuan menyelesaikan masalah, menghapus penyebab, mengawal dan mengurangkan risiko kesihatan dan penyakit melalui usaha perkhidmatan promosi kesihatan, pencegahan dan kawalan penyakit, rawatan dan pemulihan baik melalui sistem penjagaan kesihatan mahupun melalui usaha-usaha perkhidmatan sektor lain yang dilaksanakan secara langsung dalam masyarakat. Tentunya segala usaha ini baik dari segi dasar, dan strategi pelaksanaannya mestilah berasaskan kepada latar belakang sosio budaya, kemampuan teknologi dan persekitaran masyarakat setempat. Strategi pelaksanaan yang berasaskan maklumat kukuh dan perkembangan terkini ilmu bioperubatan dan sains kesihatan, proses tadbirurus dan membuat keputusan dan pengaturan strategi pelaksanaan yang berasaskan eviden yang kukuh seperti melalui penyelidikan dan maklumat perkhidmatan kesihatan adalah sangat penting bagi pencapaian perkhidmatan yang berkesan dan memberi impak yang jitu. Pernyataan kunci ringkas dan ilustrasi secara skematik falsafah PKP dalam bahasa Inggeris seperti dalam jadual 1 dan rajah 1 di bawah:

Jadual 1 Senarai pernyataan kunci falsafah penjagaan kesihatan primer

<i>Primary care philosophy:</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>holistic understanding of health and wellness</i>• <i>recognition of multiple determinants of health</i>• <i>equity in health care</i>• <i>community engagement, participation and control over health development and services</i>• <i>health promotion, disease prevention, curative and rehabilitative services</i>• <i>accessible, acceptable, affordable technology, services and approaches</i>• <i>evidence-based/research-based methods</i>



Rajah 1 Ilustrasi skematik penjagaan kesihatan holistik.

Strategi Pembangunan dan Perkhidmatan PKP

Telah digariskan beberapa strategi asas yang penting dalam perancangan, pelaksanaan dan penilaian program dan pengurusan perkhidmatan PKP, baik pada peringkat sentral mahupun peringkat desentralisasi (*local community*). Strategi berasaskan keperluan (*need-based*), pengurusan secara desentralisasi, pendekatan pendidikan pesakit dan promosi kesihatan dalam masyarakat secara keseluruhan merupakan strategi asas yang penting dalam pelaksanaan PKP. Strategi meningkatkan kefahaman dan penglibatan, memperkasa keupayaan masyarakat sebagai suatu usaha ke arah daya dan upaya kawalan oleh masyarakat terhadap pelaksanaan PKP memerlukan perhatian khusus.

Strategi pendidikan ini juga sangat penting sebagai usaha untuk meningkatkan kesedaran, pengetahuan dan ketrampilan, peranan baru yang perlu dimainkan serta perubahan sikap dan tingkah laku yang perlu wujud dalam sesebuah komuniti. Strategi ini akan menjadi sebagai pemangkin dan penggerak yang dinamik kepada perubahan dan pencapaian status kesihatan yang tinggi, kesejahteraan dan pembangunan yang mampan dalam sesebuah komuniti.

Bagi mencapai tujuan tersebut di atas, ia memerlukan kerjasama, koordinasi, kolaborasi dan penyertaan semua pihak yang berkaitan dan penglibatan daripada semua paras pengurusan dan pelaksanaannya yang merentas pelbagai sektor kerajaan, swasta, badan bukan kerajaan (NGO) dan anggota masyarakat sendiri. Pendekatan yang diguna harus bersifat multidisiplin, baik dari segi penglibatan tenaga kerja kepakaran atau profesional sains perubatan dan kesihatan, tetapi juga penglibatan dari pelbagai disiplin lain seperti sains sosial, pendidikan, komunikasi serta bidang kesenian dan sosiobudaya.

Perkhidmatan PKP yang disediakan harus seimbang dari segi penyediaan dan penyampaian kandungan perkhidmatannya seperti promosi kesihatan,

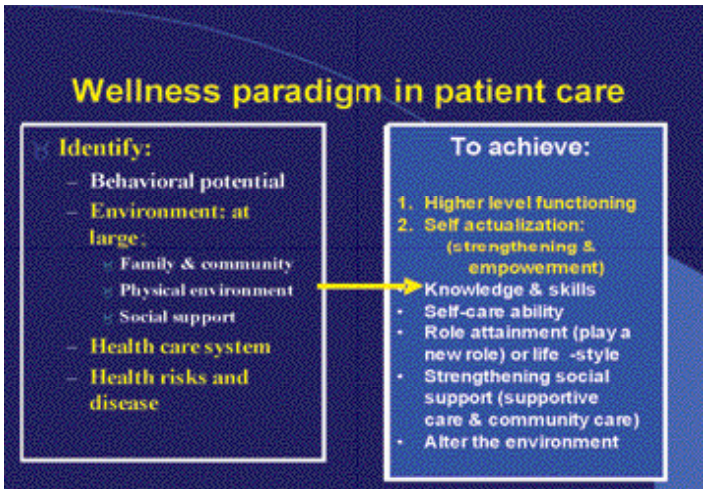
pencegahan dan rawatan penyakit. PKP harus *local-based*, hampir dengan tempat tinggal dan tempat anggota masyarakat bekerja. Halangan geografi, sosial mahu pun halangan kewangan seharusnya tidak membataskan akses dan ekuiti anggota masyarakat. PKP harus terintegrasi dalam ke keseluruhan paras sistem penjagaan perkhidmatan kesihatan dan perkhidmatan sokongan yang terdapat dalam masyarakat. Integrasi yang padu akan dapat menjamin persediaan perkhidmatan PKP dan perkhidmatan sokongan yang lain secara berterusan pada sepanjang masa dan setiap episod atau krisis yang memerlukan perkhidmatan tersebut.

Fokus utama pengawalan PKP terletak kepada masyarakat, melalui usaha memperkasa anggota masyarakat (*community empowerment*) untuk terlibat secara aktif dalam PKP, bukan semata-mata di bawah autoriti profesional dalam intervensi perubatan dan jagarawatan. Penglibatan masyarakat bukan bererti, penglibatan yang terhad dalam pelaksanaan perkhidmatan sahaja, tetapi memberi makna yang lebih luas termasuk dalam membuat keputusan, merumus polisi dan strategi, malah menjangkau ke dalam pengenalpastian masalah seperti dengan terlibat dalam *community participative research* dan penilaian program melalui berbagai bentuk kerjasama, kolaborasi dan pendekatan perkongsian (*partnership approaches*) pintar. Pernyataan kunci ringkas dan ilustrasi secara skematik strategi operasi dan perkhidmatan PKP pada peringkat komuniti dan individu dalam bahasa Inggeris seperti di dalam jadual 2, rajah 2 dan rajah 3.

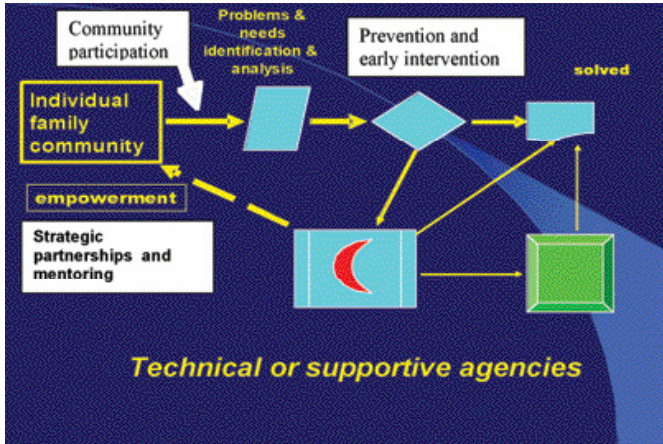
Jadual 2 Senarai Pernyataan Kunci Strategi dan Perkhidmatan PKP

Primary health care strategies and services;

- locally based
- needs-based analysis and planning
- decentralized management
- intersectoral corporation, coordination and collaboration
- well integrated
- balance between health promotion, prevention, disease treatment and rehabilitation
- health care team and teamwork
- multi-disciplinary health worker and approaches
- partnership approaches, community empowerment and community-capacity building
- health education and health promotion strategies & intervention



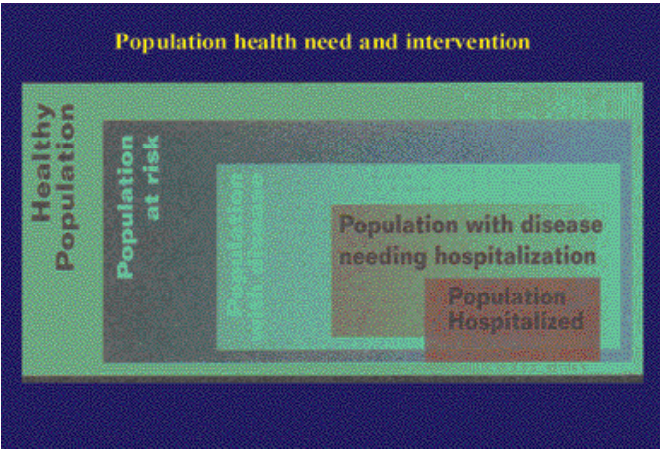
Rajah 2 Paradigma masalah kesihatan, risiko tingkah laku, persekitaran dan kesejahteraan dalam penjagaan kesihatan individu.



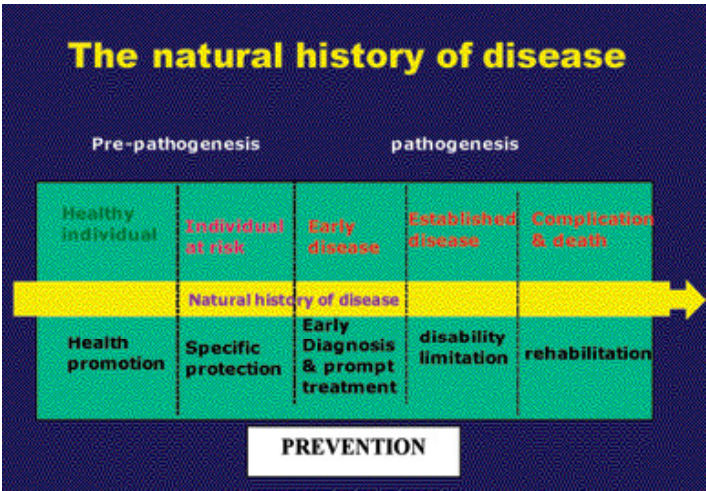
Rajah 3 Strategi operasi pengenalpastian masalah dan analisis keperluan dan intervensi PKP dalam komuniti.

Dalam melaksanakan PKP dalam sesebuah masyarakat kita tidak dapat lari daripada menghadapi fenomena bongkah ais (*iceberg*) dalam analisis masalah dan keperluan kesihatan. Lazimnya PKP memberikan tumpuan usaha pencegahan dan intervensi awal kepada kumpulan penduduk yang sihat, penduduk yang berisiko dan penyakit pada peringkat awal sesuai dengan sejarah perkembangan alamiah sesuatu penyakit, seperti dalam rajah 4 dan rajah 5.

Bermula dengan promosi kesihatan, perlindungan khusus, pengesanan dan tindakan awal terhadap pambanteras faktor risiko dalam komuniti merupakan tiga aktiviti kunci kepada kejayaan dan impak yang besar program pencegahan dan intervensi PKP. Hasil program dapat berupa promosi cara hidup sihat dengan perubahan tingkah laku kesihatan yang berlangsung sepanjang hayat. Sebagai contoh, faktor risiko seperti merokok, diet pemakanan yang buruk, kurang aktiviti fizikal dan bersenam, obesiti dan lain-lain merupakan faktor yang penting yang perlu diatasi dalam pencegahan penyakit-penyakit tidak berjangkit seperti penyakit jantung, hipertensi dan diabetes, lihat rajah 6.

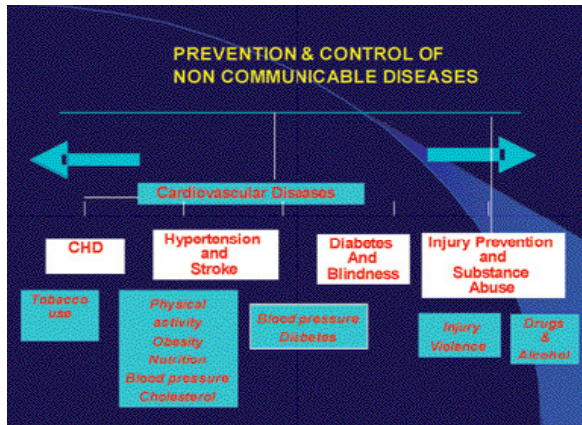


Rajah 4 Fenomena bongkah ais (*iceberg*) dalam distribusi risiko dan masalah kesihatan dalam sesebuah komuniti.
sumber: (WHO, 1954)

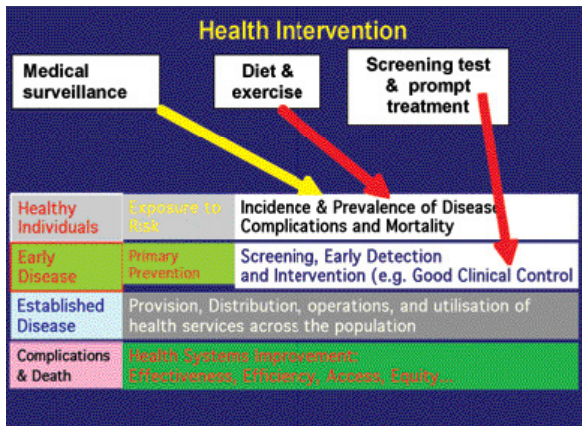


Rajah 5 Sejarah alamiah penyakit dan tindakan-tindakan pencegahan.

Usaha intervensi awal dapat berupa promosi kesihatan, surveilan perubatan, kajian epidemiologi, ujian penyaringan penyakit, pengambilan diet yang baik dengan pengambilan sayur-sayuran dan buah-buahan yang tinggi, bersenam dan berbagai-bagai usaha pendidikan dan promosi kesihatan pencegahan penyakit-penyakit tersebut, rajah 7.



Rajah 6 Faktor risiko beberapa penyakit tidak berjangkit



Rajah 7 Tumpuan Intervensi PKP kepada penduduk yang sihat dan berpenyakit pada peringkat awal.

PENERAPAN PENDEKATAN DAN PERKEMBANGAN PENJAGAAN KESIHATAN PRIMER DI MALAYSIA

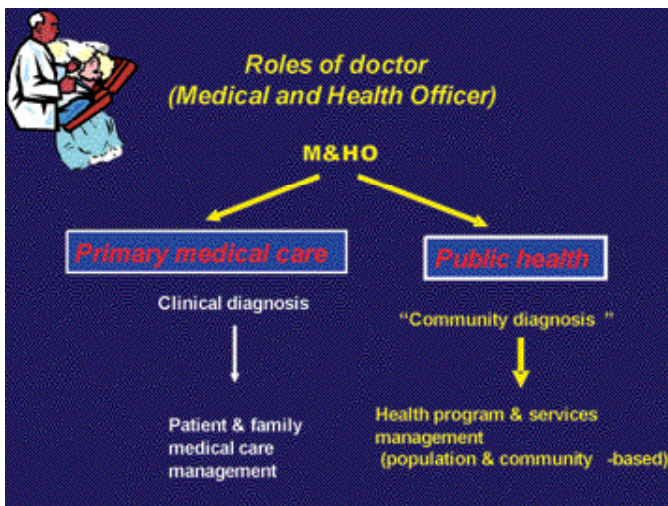
Skim Perkhidmatan Kesihatan Luar Bandar

Lama sebelum konsep dan pendekatan penjagaan kesihatan primer diperkenalkan pada tahun 1978, semenjak awal tahun 1950-an lagi kerajaan Persekutuan Tanah Melayu ketika itu sangat prihatin dan komited terhadap pembangunan kesihatan penduduknya terutama masyarakat di kawasan luar bandar. Skim Perkhidmatan Kesihatan Luar Bandar (1953-1956) telah dilaksanakan dengan pembinaan beberapa buah pusat kesihatan luar bandar di kawasan luar bandar dan beberapa buah klinik kesihatan ibu dan anak pula di beberapa kawasan bandar dan pinggir bandar. Perkhidmatan yang disediakan ketika itu tertumpu kepada penjagaan kesihatan ibu dan anak serta rawatan perubatan (kurati) yang minimum. Pada peringkat awal ini hanya pembantu perubatan, jururawat, bidan dan beberapa orang tenaga kerja pembantu seperti pemandu yang bertugas di kemudahan kesihatan tersebut.

Setelah mencapai kemerdekaan pada tahun 1957 sehingga akhir tahun 1970-an skim perkhidmatan luar bandar tersebut lebih meluas dengan pembinaan lebih banyak Pusat Kesihatan Besar (PKB), Pusat Kesihatan Kecil (PKK), Klinik dan Rumah Bidan (RBK) serta beberapa buah lagi Klinik Kesihatan Ibu dan Anak (KKIA). Setiap Unit Kesihatan Luar Bandar yang terdiri daripada rangkaian beberapa buah pusat kesihatan, lazimnya 1 PKB dan 4PKK dan 20 RBK telah direncanakan untuk memberi perkhidmatan kepada penduduk dalam suatu kawasan liputan berjumlah kira-kira 50,000 orang penduduk. Skim perkhidmatan ini sejajar dengan syor perancangan dan penubuhan program kesihatan bersepadu untuk penduduk kawasan luar bandar Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 1954). Perkhidmatan yang diberikan terkenal dengan nama Perkhidmatan Kesihatan Asas (*Basic Health Services*) yang mempunyai komponen perkhidmatan Rawatan Perubatan (medical care),

Kesihatan Ibu dan Anak, Kawalan Penyakit Berjangkit, Sanitasi Persekitaran, Kejururawatan Kesihatan Awam, Pendidikan Kesihatan untuk orang awam dan penyediaan rekod untuk tujuan statistik kesihatan.

Pada tempoh tersebut seorang pegawai perubatan telah dilantik dan mengetuai unit kesihatan tersebut dan bertanggungjawab kepada perkhidmatan yang disediakan termasuk rawatan perubatan dan kecemasan. Perjawatan pegawai ini terkenal dengan nama Pegawai Perubatan dan Kesihatan (*Medical and Health Officer*) dan peranan doktor ini dapat diringkaskan secara skematik seperti dalam rajah 8. Lazimnya pegawai perubatan ini muda dan belum banyak pengalaman, mereka ditempatkan di klinik kesihatan setelah mengikuti latihan doktor siswazah selama setahun (sekarang ini dua tahun) dan penempatan di hospital sekunder atau hospital tertier selama 2 hingga 5 tahun.



Rajah 8 Peranan seorang Pegawai Perubatan dan Kesihatan yang menjaga Unit Kesihatan.

Selain daripada berubah kepada paradigma kesejahteraan dan mengamalkan pendekatan holistik dalam menilai keadaan dan mengurus rawatan pesakit, doktor yang bertugas juga bertanggungjawab kepada kesihatan penduduk dalam kawasan liputan unit kesihatan yang mereka jaga. Mereka harus mampu untuk mengenal pasti masalah dan keperluan kesihatan penduduk seperti dengan memanfaatkan kaedah penyelidikan dan seterusnya merancang dan melaksanakan tindakan intervensi masalah kesihatan yang berkaitan.

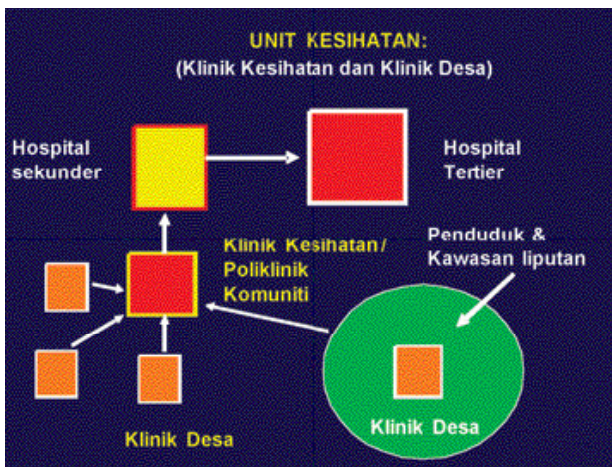
Kemampuan doktor muda seperti Pegawai Perubatan dan Kesihatan ini sudah banyak berubah berbanding dengan sebelumnya kerana semenjak 15 hingga 20 tahun dahulu kurikulum latihan doktor perubatan di universiti telah berubah dan telah dintegrasikan kapasiti latihan kesihatan awam yang kukuh dengan memberi penekanan, bukan sahaja kepada kapasiti pengurusan dan rawatan klinikal tetapi juga kepada pencegahan penyakit dan pendekatan holistik terhadap determinan kesihatan, faktor-faktor persekitaran, budaya dan tingkah laku dalam penjagaan kesihatan.

Selepas Deklarasi Alma Ata hingga Kini

Semenjak penerapan pendekatan PKP pada tahun 1978 sehingga kini, perkhidmatan yang disediakan oleh unit kesihatan telah banyak berkembang dan mengalami perubahan dari segi infrastruktur, tenaga kerja, perkhidmatan dan pendekatan yang digunakan.

Sekarang ini, klinik kesihatan dan klinik desa tersusun sebagai unit kesihatan dalam sistem jagaan kesihatan kerajaan seperti dalam rajah 9 dan contoh klinik kesihatan dan klinik desa seperti dalam gambar pada rajah 10. Norma liputan penduduk setiap klinik kesihatan kini ialah 15,000 hingga 20,000 orang penduduk dan sebuah klinik desa pula ialah 4,000 hingga 5,000 orang penduduk. Untuk menjamin ekuiti dan akses kepada PKP, beberapa infrastruktur akan ditambah lagi terutama untuk kawasan yang penduduknya bertambah padat dan kawasan pembangunan yang baharu.

Penambahan bilangan infrastruktur adalah tinggi daripada sejumlah 18 buah KKIA, 8 buah PKB, 8 buah PKK dan 18 buah RBK pada tahun 1978, telah meningkat menjadi lebih 807 buah Klinik Kesihatan/Poliklinik Komuniti, 1,920 buah Klinik Desa dan 90 buah pula KKIA yang diurus berdiri sendiri pada tahun 2007. Dalam tempoh Rancangan Malaysia ke Sembilan sebanyak 304 projek klinik kesihatan dan 331 klinik desa yang baru atau penggantian yang lama akan dibina.



Rajah 9 Unit Kesihatan dan Rangkaannya dalam Sistem Penjagaan Kesihatan Kerajaan Malaysia.

Pendekatan dan perkhidmatan PKP menjadi teras hala tuju masa depan dan keutamaan rangka kerja pembangunan negara dalam mencapai visi kesihatan negara dan visi pembangunan negara ke arah negara maju wawasan 2020. Polisi PKP ini jelas tersirat dalam setiap Rancangan Lima Tahun Malaysia. Dalam Rancangan Malaysia ke Tujuh (1996 – 2000) secara tegas dinyatakan sebagai polisi utama penjagaan kesihatan negara bahawa PKP adalah teras utama (*trust*) perkhidmatan kesihatan negara dan disokong oleh penjagaan

sekunder dan tertier. Sistem penjagaan kesihatan negara akan berupa sebuah piramid, dengan itu ia akan mempunyai dasar yang luas dan kukuh (*broad base and strong PHC*).



Rajah 10 Contoh klinik kesihatan dan klinik desa kini.

Dalam Rancangan Malaysia ke Sembilan (2006 – 2010) secara jelas memberi penekanan kepada penyampaian perkhidmatan yang berfokus kepada pelanggan yang berasaskan kepada keperluan masyarakat. Dasar pembangunan ini juga memberi fokus kepada integrasi yang lebih luas dalam perkhidmatan kesihatan menjangkau kepada sektor swasta dan tradisional, perkhidmatan berasaskan eviden dengan mempertingkatkan usaha penyelidikan dan pembangunan, dan perkhidmatan yang mesra pelanggan di samping menggalakkan inovasi baru dalam perkhidmatan dan memperkukuh penyertaan masyarakat dan pembinaan keupayaan masyarakat ke arah peningkatan kualiti hidup. Dalam Rancangan Malaysia ke Sembilan, penekanan juga diberi kepada penjagaan komuniti dan pengurusan pesakit di kalangan penduduk yang mengidap penyakit yang kronik dan keadaan atau masalah kesihatan yang kompleks, penduduk yang kurang upaya dan warga emas yang bermasalah.

Dalam merangka strategi pembangunan jangka panjang kerajaan telah meletak dua teras utama bagi menjamin evolusi pembangunan sektor kesihatan secara berterusan yakni, pertama terus melaksanakan usaha pencegahan penyakit dan mengurangkan beban penyakit (*disease burden*) dan kedua, terus mempertingkat dan memperkukuh sistem penyampaian perkhidmatan kesihatan negara. Kedua-dua fokus pembangunan ini akan diperkukuh dengan matlamat dan tindakan pengurusan sumber yang optimum, memperkukuh sistem pengurusan maklumat, mempergiat usaha penyelidikan dan pembangunan dan mengurus krisis dan bencana secara efektif. Jadual 3 menunjukkan matlamat umum pembangunan perkhidmatan Kementerian Kesihatan.

Jadual 3 Matlamat perkhidmatan penjagaan kesihatan
Kementerian Kesihatan Malaysia.

No.	goals	Description of goals
1	<i>Wellness focus</i>	<i>Provision of services that will promote wellness through life.</i>
2	<i>Person focus</i>	<i>Services focus on the person and availability of services when and where required.</i>
3	<i>Informed person</i>	<i>Provision of accurate and timely information, and promotion of knowledge to enable a person to make informed health decision.</i>
4	<i>Self help</i>	<i>Empowerment and enabling individuals and families to manage health through knowledge and skills transfer.</i>
5	<i>Care provide at home or close to home</i>	<i>Provision of services in rural and metropolitan homes, health settings and community centers.</i>
6	<i>Seamless continuous care</i>	<i>Managing an integrated health care delivery across care settings, episodes of care and throughout life.</i>

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

7	<i>Services tailored as much as possible</i>	<i>Customization of services to meet individual and group needs and special circumstances.</i>
8	<i>Effective, efficient and affordable services</i>	<i>Provision of enhance access, integration and timely services.</i>

Sumber: Ministry of Health Malaysia, 2005

Kandungan perkhidmatan PKP yang disediakan dapat disenaraikan seperti di bawah:

- Kesihatan ibu dan anak/Kesihatan keluarga
- Sumber makanan yang mencukupi dan taraf pemakanan yang baik
- Imunisasi kanak-kanak
- Pencegahan dan kawalan penyakit yang endemik
- Bekalan air minum selamat dan sanitasi persekitaran
- Rawatan perubatan
- Pemberian ubat-ubatan (farmasi)
- Perkhidmatan kesihatan sekolah bersepadu
- Pendidikan dan promosi kesihatan
- Penjagaan pergigian
- Perkhidmatan makmal patologi dan pengimejan

Skop perkhidmatan kini telah diperluas meliputi penjagaan berasas komuniti kepada warga emas, kesihatan mental dan pemulihan anak dengan keperluan khas.

Perkhidmatan PKP kini tidak lagi terhad kepada penjagaan kesihatan yang asas seperti pada pemulaan dahulu. PKP yang lengkap hanya diperolehi dengan terdapatnya perkhidmatan kepakaran. Oleh kerana itu Kementerian Kesihatan telah memperkenalkan pelantikan Pakar Perubatan Keluarga di klinik kesihatan pada tahun 1997. Sehingga kini lebih 130 orang pakar tersebut telah bertugas di seluruh negara dan mereka berperanan sebagai ketua

perkhidmatan klinikal, pemantau dan *gate-keeping role* dalam pengurusan dan rujukan pesakit ke perkhidmatan kepakaran selanjutnya di hospital sekunder atau hospital tertier.

Berkaitan dengan wujudnya perkhidmatan pakar perubatan keluarga ini, peralatan diagnostik, kemampuan perawatan dan ubatan telah dipertingkatkan. Peralatan diagnostik makmal patologi dan pengimejan yang lebih canggih seperti ultrasonografi dan X-ray telah ditambah di peringkat klinik kesihatan, lihat gambar dalam rajah 11.



Rajah 11 Klinik dan kemudahan diagnostik dan rawatan pakar perubatan keluarga.

Dalam tempoh yang sama Kementerian Kesihatan telah mempertingkatkan kapasiti dan kemampuan profesionalisme semua kategori tenaga kerja kesihatan melalui latihan dalam perkhidmatan atau melanjutkan pelajaran ke peringkat lebih tinggi seperti ke peringkat pasca siswazah di universiti dalam dan luar negara. Kementerian Kesihatan juga telah membangunkan banyak garis panduan dan protokol perkhidmatan standard bagi menjamin pencapaian kualiti perkhidmatan yang tinggi. Garis panduan dan protokol ini dibentuk

oleh pakar-pakar tempatan bagi menyesuaikan dengan persekitaran kerja dan masyarakat disamping mengambilsuai daripada protokol dan garis panduan teknikal Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO). Sebahagian protokol dan garis panduan ini boleh diakses dalam laman rasmi Kementerian Kesihatan yang dapat membantu semua paras kategori pegawai terutamanya pegawai PKP yang jauh di pinggir di seluruh pelosok negara.

Jadual 4 menunjukkan peratus pengisian beberapa kategori jawatan semua klinik kesihatan di seluruh negara pada tahun 2007, yang juga dapat menggambarkan keperluan penambahan kakitangan dan keperluan latihan PKP dalam sektor awam (Kementerian Kesihatan) tanpa mengambil kira penambahan bilangan klinik yang akan dibina.

Jadual 4 Peratus Klinik Kesihatan yang mempunyai staf mengikut kategori utama, 2007

Kategori staf	Bilangan (%)
Pakar Perubatan Keluarga	136 (16.8%)
Pegawai Perubatan dan Kesihatan	511 (63.2%)
Pegawai Farmasi	128 (15.8%)
Jururawat Kesihatan Awam	467 (52.0%)
Pembantu Farmasi	641 (79.2%)
Teknologis Makmal Perubatan	243 (30.0%)

Sumber: Ministry of Health, 2007

ISU, CABARAN DAN PROSPEK PENJAGAAN KESIHATAN PRIMER DI MALAYSIA

Sangat banyak perubahan dan cabaran yang telah dilalui oleh negara dalam tempoh hampir 30 tahun penerapan konsep dan pendekatan PKP di negara ini. Beberapa isu dan cabaran utama yang dihadapi sehingga kini akan dibincang di atas tajuk-tajuk yang dinyatakan di bawah.

Penduduk dan Pengguna PKP

Penduduk negara telah meningkat dengan pesat, kini dianggarkan seramai lebih 26 juta orang. Perubahan trend demografi dan kemasukkan rakyat asing yang berjumlah lebih 2.5 juta orang pula tentu memberi kesan kepada pola penyakit dan penggunaan kemudahan PKP negara. Perubahan pada struktur keluarga, peningkatan kepelbagaian budaya yang berlaku, perubahan tingkahlaku dan cara hidup di samping peningkatan bilangan golongan berusia (warga emas) memberi pengaruh kepada keperluan dan penggunaan PKP.

Penduduk tidak lagi melihat hanya kepada keperluan (*needs*) dalam menggunakan perkhidmatan PKP tetapi juga menjangkau kepada *wants and demands*, dan mereka menuntut perubahan perkhidmatan ke arah itu. Kini penduduk lebih berpendidikan, mempunyai kekuatan ekonomi yang lebih kukuh dan mereka juga lebih akses kepada pelbagai perkhidmatan kesihatan yang ada, termasuk daripada sektor swasta dan rawatan alternatif seperti perubatan tradisional dan komplementari. Tuntutan pengguna telah meningkat dan ekspektasi mereka berubah menghala kepada perkhidmatan yang lebih terkordinasi dan berorientasikan masyarakat. Keselesaian dalam mendapatkan perkhidmatan dan perubahan dari segi kualiti PKP menjadi tuntutan masyarakat kini.

Walau bagaimanapun, isu perkhidmatan PKP kepada golongan luar bandar dan masyarakat desa yang terpencil, kumpulan masyarakat yang kurang bernasib baik dan golongan yang terpinggir daripada pembangunan negara

termasuk golongan miskin bandar, masih menjadi menjadi isu yang perlu perhatian secara khusus. Masyarakat Orang Asli di Semenanjung, beberapa kumpulan masyarakat pribumi yang tinggal di kawasan pedalaman negeri Sarawak dan Sabah, penduduk di pulau-pulau kecil yang terpencil termasuk juga pekerja-pekerja estet dan pembalakan, masih perlu perhatian secara khusus seperti program kawalan penyakit berjangkit yang masih berleluasa dan berprevalen tinggi seperti malaria dan tuberkulosis (Mohd Yunus A., *et al.*, 2005)

Walaupun tidak banyak kajian dan maklumat tentang perkhidmatan PKP pada golongan ini, beberapa kajian yang telah dilakukan menunjukkan penduduk dalam komuniti seperti ini menghadapi masalah kesihatan yang serius, di samping mengalami taraf pemakanan yang buruk, mereka juga mengalami serangan penyakit berjangkit yang endemik, di samping masalah kesihatan dan penyakit-penyakit yang baru muncul seperti penyakit tidak berjangkit seperti hipertensi, diabetes dan kanser.

Persekitaran dan Beban Penyakit

Pada peringkat awal pembangunan dan perkhidmatan PKP, masalah sanitasi persekitaran yang buruk, tiada bekalan air minum yang selamat menjadi masalah kesihatan utama negara kerana ia berkait rapat dengan prevalens tinggi dan kejadian wabak penyakit berjangkit. Penyakit yang berkaitan dengan sanitasi persekitaran yang buruk dan bekalan air yang tercemar seperti wabak kolera, tifoid, keracunan makanan, wabak malaria sering melanda negara ketika itu.

Malaysia telah menempa kejayaan dengan penurunan positif beberapa kadar kematian terutama yang berkaitan dengan kematian bayi dan ibu serta penurunan prevalen dan kejadian wabak beberapa penyakit berjangkit tersebut. Beberapa indikator menunjukkan keberkesanan PKP seperti indikator *health outcome* dan determinan sosial menunjukkan status dan penjagaan kesihatan yang meningkat dari tahun ke setahun semenjak merdeka. Jadual 5 menunjukkan beberapa indikator taraf kesihatan Malaysia, 2006. Kadar

Kematian Bayi (IMR) daripada sekitar 56 per 1,000 kelahiran hidup pada tahun 1970 telah menurun kepada 24 per 1,000 kelahiran hidup pada tahun 1980 dan 6.6 per 1,000 kelahiran hidup pada tahun 2006 (Ministry of Health Malaysia, 2007)

Jadual 5 Indikator status kesihatan Malaysia, 2006.

Indikator	Kadar
<i>Perinatal mortality rate (per 1,000 total births)</i>	7.3
<i>Infant mortality rate (per 1,000 livebirths)</i>	6.6
<i>Toddler mortality rate (per1,000 toddler population)</i>	0.5
<i>Maternal mortality rate (1,000 live births)</i>	0.3
<i>Percentage of safe delivery</i>	98.35
<i>Crude birth rate (per 1,000 population)</i>	18.7
<i>Crude death rate (per 1,000 population)</i>	4.5
<i>Male life expectancy at birth (yeras)</i>	71.8
<i>Female life expantancy at birth (yeras)</i>	76.3

Sumber; Ministry of Health, 2006

Penyakit berjangkit adalah menurun secara keseluruhan di Malaysia, tetapi beberapa penyakit berjangkit masih menjadi masalah seperti malaria, tuberculosis, dengue dan HIV. Jadual 6 menunjukkan kadar insiden dan kadar kematian beberapa penyakit berjangkit utama pada tahun 2006. Liputan imunisasi di kalangan kanak-kanak mengikut penjadualan di Malaysia adalah tinggi melebihi 90% pada tahun 2005 seperti untuk BCG, Polio, Hib, Hapatitis B (dos ke tiga) dan diptheria, pertusis dan tetanus (Marican, I., 2008)

Jadual 6 Kadar insiden dan Kematian penyakit berjangkit terpilih, 2005

Penyakit	Kadar insiden	Kadar kematian
HIV	23.42.	0.95
Malaria	21.31	0.13
Tuberkulosis	61.20	5.50
Measles	5.39	0.13
Cholera	1.48	0.00
Viral Hepatitis (all form)	9.72	2.0
Food poisoning	17.76	0.0

Nota: kadar per 100,000 penduduk

Sumber: Ministry of Health Malaysia, 2007.

Sekarang ini, dengan pembangunan ekonomi yang pesat, perindustrian dan urbanisasi yang berlaku, perdagangan antarabangsa yang meluas, banyak berlaku perubahan kepada kejadian pola penyakit dan muncul pula beberapa masalah kesihatan yang baru. Kita kini berhadapan dengan cabaran baru penyakit tidak berjangkit seperti hipertensi, obesiti, diabetes mellitus, penyakit jantung koronari, kanser, osteoarthritis, tekanan dan penyakit mental di samping penyakit dan kesan pencemaran alam sekitar dan kesan tempat kerja yang tidak selamat dan terdedah kepada hazard yang berisiko kepada penyakit tertentu dan kecederaan akibat kemalangan jalan raya dan kemalangan di tempat kerja.

Penyakit kardivaskular, hipertensi, diabetes bukan sahaja mengancam penduduk di kawasan bandar dan pinggir bandar malah ke kampung agak terpencil di kawasan luar bandar dan pedalaman. Satu kajian yang dilakukan di sebuah perkampungan Melanau di Bintulu, Sarawak didapati prevalens penyakit tersebut tinggi berbanding prevalens nasional 1996 (NHMS2, 1997) yakni 39.5% mengidap hipertensi, 6.3% diabetes mellitus, obesiti 9.5% dan 55% menghisap rokok di kalangan orang dewasa 18 tahun ke atas (Mohd

Yunus A *et al.*, 2005). Satu kajian di sebuah kampung Melayu yang terletak pinggir bandar dalam daerah Sepang, Selangor pula menunjukkan prevalens hipertensi 26.8%, obesiti 11.4% dan menghisap rokok 45.5% di kalangan orang kumpulan umur yang sama (Mohd Yunus A. *et al.*, 2004). Sementara itu satu kajian di kalangan penduduk luar bandar dalam daerah Kota Bharu pula menunjukkan prevalen hipertensi 8.4% dan diabetes 6.1%, menghisap rokok 61.4% (lelaki sahaja) juga di kalangan orang dewasa berumur 18 tahun ke atas (Norsaadih B, 2005).

Penduduk Malaysia juga berhadapan dengan masalah kesihatan dan gangguan mental dan stres di tempat kerja, menjadikan perkhidmatan kesihatan mental bertambah penting di negara ini. Satu kajian gangguan muskuloskeletal di kalangan pemandu bas komersial di Kuala Lumpur dan Selangor menunjukkan prevalens sakit belakang bawah yang tinggi iaitu 63.2 % yang besar kemungkinan akibat postur tidak ergonomik dan vibrasi berpanjangan semasa memandu kenderaan (Siti, S.H., *et al.*, 2005).

Pesakit-pesakit juga mengalami masalah gangguan mental, satu kajian di kalangan pesakit diabetes yang mendapat rawatan di sebuah Klinik Kesihatan dalam daerah Kuala Pilah, Negeri Sembilan, 16.6% mempunyai status mental yang buruk (Mohd Yunus A. *et al.*, 2005). Kajian yang hampir sama dilakukan di sebuah Klinik Kesihatan di kawasan bandar dalam Daerah Petaling, Selangor menunjukkan prevalens yang lebih tinggi, 45.6% (Mohd Yunus A. *et al.*, 2006).

Beberapa kajian terbaharu tentang stres dan *high work strain* di kalangan pekerja beberapa sektor pekerjaan menunjukkan prevalen stres yang tinggi. Satu kajian tentang stres di kalangan guru sekolah rendah di Wilayah Persekutuan Putrajaya menunjukkan prevalen sebanyak 47.5% dan 24% daripada mereka diklasifikasikan sebagai mengalami *high strain condition* di tempat kerja (Ng P.Y., 2008). Sementara itu satu kajian lain yang hampir sama dilakukan di daerah Manjung, Perak yang merupakan sebuah daerah luar bandar, menunjukkan prevalens guru yang mengalami high strain condition sebanyak 23.3% dan hampir 30% daripada responden diklasifikasikan sebagai mempunyai status mental yang buruk (Chew, S.C, 2007). Satu kajian

stres kerja yang dilakukan di kalangan pekerja sebuah kilang pengeluaran kaca di Prai, Pulau Pinang menunjukkan prevalens stres tinggi juga, iaitu 45.0% dan didapati stres kerja mempunyai berhubung yang bermakna dengan *decision latitude* dan *psychological work demand* di kalangan pekerja (Foong, M.C., 2008).

Malaysia juga berhadapan dengan beberapa *emerging* dan *reemerging diseases*. Beberapa tahun yang lalu Malaysia mengalami wabak penyakit Nipah Virus dan SARS dan ancaman wabak *virus avian flu* sebagai krisis dan kecemasan kesihatan yang baru. Sementara itu, wabak penyakit demam denggi dan denggi berdarah dan HIV/AIDS terus meningkat dengan kadar mortaliti kes yang terus tinggi dan penyebarannya masih belum dapat dikawal dengan memuaskan. Hampir 80% daripada kes HIV dan 66% kes AIDS di Malaysia berumur 20 – 39 tahun yang merupakan golongan seharusnya produktif dari segi ekonomi.

Malaysia sering dianggap sungguh bertuah kerana jarang mengalami bencana alam berbanding negara-negara jiran sekitar yang sering mengalami gempa bumi dan letusan gunung berapi, tetapi Malaysia juga sering mengalami bencana banjir di samping tsunami yang pernah mengancam kita. Bencana alam ini juga merupakan cabaran besar kepada profesional PKP dalam melaksanakan tindakan mengurus krisis dan kesan kesihatan bencana tersebut, disamping kesiapsiagaan sepanjang masa. Sebaiknya pelaksanaan pengurusan krisis ini dapat terlaksana secara berkesan di peringkat daerah dan lokaliti atau unit kesihatan pada waktu kecemasan seperti ini melanda.

Penglibatan Masyarakat dalam PKP

Kementerian Kesihatan Malaysia telah meletak suatu polisi yang tegas tentang penglibatan masyarakat dalam semua program dan perkhidmatannya termasuk PKP. Penglibatan masyarakat telah digalakkan dalam semua paras pengurusan program dan perkhidmatannya. Penyertaan masyarakat pada peringkat primer

atau dalam masyarakat lazimnya lebih rumit tetapi pengalaman di Malaysia menunjukkan sambutan dan pencapaian lebih baik terutama dalam program PKP khusus di kawasan akses kepada perkhidmatan lebih sukar seperti dalam skim Wakil Kesihatan Kampung (*Village Health Promoter/VHP*) di Sarawak dan *Primary Health Care Volunteers* (PHCV) di negari Sabah dan program latihan Bidan Kampung (*Traditional Birth Attendant/TBA*) di seluruh negara, bermula pada awal tahun 1970an.

Program yang melibatkan masyarakat ini dilaksanakan terutama di kampung-kampung terpencil yang lazimnya belum disediakan lagi kemudahan kesihatan. Kampung ini lazimnya mempunyai kedudukan geografi yang sukar dari segi perhubungan, biasanya yang hanya akses melalui perhubungan sungai yang sukar atau melalui udara sahaja terutama di Sarawak dan Sabah. Lazimnya pengamal perubatan tradisional, TBA atau individu lain dalam masyarakat dilibatkan dalam usaha pencegahan dan kawalan penyakit berjangkit seperti malaria dan demam denggi serta memberi rawatan ringan di samping perkhidmatan perubatan tradisional mereka. Sukarelawan tersebut diberi sedikit latihan asas seperti mengambil slaid darah untuk pemeriksaan malaria, membuat diagnosis untuk rawatan ringan seperti pemberian *oral rehydration salt* (ORS), pemberian *antipyretic* untuk demam, pemeriksaan tekanan darah dan pertolongan kecemasan awal (*first aid*). Mereka juga membantu dalam pembahagian kelambu berubat dalam kawalan penyakit malaria, juga membantu dalam pengesanan kes yang gagal rawatan atau lawatan susulan disamping memberi pendidikan kesihatan.

Di desa yang terpencil ini juga di adakan perkhidmatan pasukan perubatan bergerak melalui jalan darat, sungai atau udara (*Flying doctor services*) yang memberikan perkhidmatan perubatan asas yang lazimnya di adakan di dewan orang ramai/balai raya atau tempat ibadah seperti gereja. Rajah 12 menunjukkan gambar kes rujukan dari desa pedalaman sampai dengan helikopter ke sebuah hospital kerajaan, di Sarawak. Di sesetengah

desa masyarakat melalui inisiatif organisasi masyarakat membina sendiri kemudahan untuk pasukan perubatan bergerak tersebut.



Rajah 12 Pesakit dari desa pedalaman dibawa ke hospital dengan helikopter dalam perkhidmatan flying doctor services.

Pada akhir tahun 1995, penglibatan masyarakat dalam PKP telah diperluas terutamanya di Semenanjung Malaysia. Setiap klinik kesihatan telah digalakkan untuk menubuhkan satu jawatankuasa yang dinamakan Panel Penasihat (*Advisory Panel*) yang ahlinya mempunyai wakil daripada anggota masyarakat. Peranan Panel Penasihat ini selain terlibat dalam aktiviti kesihatan dalam masyarakat seperti promosi kesihatan, mereka juga terlibat dalam tugas pengesanan kes-kes gagal lawatan susulan dan tugas pengesanan kes-kes baru dalam masyarakat. Penglibatan masyarakat melalui Panel Penasihat Klinik Kesihatan ini telah diperluas ke seluruh negara dan sekarang 73% daripada keseluruhan klinik kesihatan negara telah mempunyai Panel Penasihat yang melibatkan seramai 8,624 orang sukarela yang kebanyakan mereka adalah pemimpin tempatan klinik kesihatan tersebut. Peranan Panel Penasihat ini

yang utama ialah sebagai agen perubahan dalam sesebuah komuniti, aktiviti utama mereka adalah dalam promosi dan advokasi kesihatan.

Penglibatan masyarakat juga diadakan dalam program khas yang *community-based* seperti dalam program penjagaan kesihatan warga emas dan pemulihan dalam komuniti untuk anak dengan keperluan khas. Penglibatan yang lebih luas diberikan termasuk dalam penglibatan dalam perancangan dan pelaksanaan aktiviti penjagaan kesihatan dalam masyarakat seperti dalam lawatan susulan ke rumah bersama pekerja kesihatan PKP yang bercorak pendidikan kesihatan kepada warga emas yang sakit terlantar di rumah yang bertujuan juga sebagai khidmatan sokongan rakan sejawat. Anggota masyarakat yang terlibat dalam aktiviti anjuran “Kelab Warga Emas” ini lazimnya terlibat dalam merancang dan mengendalikan aktiviti fizikal di klinik seperti senaman untuk warga emas, rujuk gambar dalam rajah 13.



Rajah 13 Aktiviti Klinik Jagaan Kesihatan Warga Emas; “Bersenam bersama Warga Emas”

Dalam program Sanitasi Persekitaran, anggota masyarakat akan terlibat secara langsung dalam aktiviti pembangunan kesihatan masyarakat melalui organisasi masyarakat mereka seperti Jawatankuasa Keselamatan dan Kemajuan Kampung (AJKKK) seperti dalam penyediaan bekalan air desa, pembinaan tandas, dan pembinaan fasiliti berkaitan dengan pelupusan sampah dan sisa pepejal di desa, rujuk rajah 14, menunjukkan aktiviti masyarakat dalam pembangunan sistem pembuangan sampah dan bekalan air desa di sebuah rumah panjang di Bintulu, Sarawak. Rajah 15, gambar menunjukkan perubahan persekitaran rumah panjang sihat dari segi sanitasi persekitaran yang baik dan bersih.

Apakah impak penyertaan masyarakat ini, bagaimana pemantauan yang berkesan belum banyak diketahui dan memerlukan kajian lanjut secara terperinci tentang proses, impak dan mencari indikator dan mekanisme penyertaan yang lebih berkesan. Apakah penyertaan ini perlu diperluas lagi ke bawah sehingga ke paras klinik kesihatan juga diselidiki keperluan dan penyesuaian yang berkaitan di masa hadapan. Begitu juga keperluan mewujudkan *networking* antara kumpulan sekarelawan ini, kerana ia akan memperkukuh kesan peer group antara mereka dan dengan cara ini akan wujud satu mekanisme penyertaan masyarakat yang sesuai dalam program PKP di negara ini. Beberapa kelab warga emas dan panel penasihat ini telah mempunyai web internet mereka sendiri yang dengan sendirinya dapat memulakan suatu *community-based and web-based health promotion networking* yang mungkin boleh dibentuk menjadi suatu mekanisme pendidikan kesihatan dan promosi kesihatan bukan sahaja berfungsi sebagai penghubung antara sistem PKP nasional malah ke peringkat global.



Rajah 14 Penglibatan masyarakat dalam penyediaan fasiliti untuk sanitasi persekitaran dan bekalan air.



Rajah 15 Gambar menunjukkan persekitaran yang sihat di sebuah rumah panjang yang terlibat dalam program PKP dalam masyarakat.

Penglibatan anggota masyarakat sebagai penggerak masyarakat ini telah memberikan kesan dan hasil yang baik dari segi kesihatan penduduk, tetapi penglibatan yang berterusan disesetengah daerah agak sukar kerana penglibatan sukarelawan tersebut memberi kesan ekonomi dan pengorbanan masa kepada mereka. Beberapa insentif kepada mereka telah diberi seperti pemberian rawatan percuma dan beberapa penghargaan bagi menggalakkan sumbangan dan penglibatan berterusan.

Kementerian Kesihatan Malaysia meletakkan polisi penglibatan aktif anggota masyarakat dalam mengenalpasti keperluan dan masalah kesihatan, penentuan keutamaan dan dalam perancangan dan pelaksanaan perkhidmatan yang disediakan. Walau bagaimana pun penglibatan yang melibatkan membuat keputusan atau merumus polisi pelaksanaan atau penyelesaian masalah seperti ini masih terhad kerana kekurangan pengalaman dan pengetahuan di samping ketrampilan yang masih terhad. Penglibatan anggota masyarakat yang berpendidikan atau golongan profesional masih terhad dalam PKP dan patut digalakkan. Penglibatan pesara-pesara yang berpengalaman dan berpendidikan tinggi menunjukkan penyertaan yang lebih aktif daripada anggota masyarakat dalam program penjagaan komuniti warga emas di beberapa daerah.

Penglibatan anggota masyarakat dalam perkhidmatan yang berkaitan dengan pemerintah walaupun secara sukarela boleh membuka ruang kepada persaingan dan pengawalan kuasa antara anggota masyarakat dalam sesebuah komuniti yang kadangkala memberi kekangan dan hambatan dalam pelaksanaan perkhidmatan PKP. Perbezaan latar belakang, pendapat dan fahaman seperti yang berunsur politik boleh mengganggu kelancaran pelaksanaan aktiviti PKP yang melibatkan anggota masyarakat.

Pengurusan Maklumat Kesihatan dan ICT

Semenjak tahun 1970-an, Kementerian Kesihatan telah melaksanakan *Health Management Information System* dalam mengumpul data kesihatan dan mengoptimumkan pengurusan maklumat dan sumber kesihatan, melalui

penggunaan ICT. Projek *Tele-health* dan *Tele-primary care* yang menggunakan perhubungan satelit antara ibu pejabat dan klinik desa yang terpencil, telah dimanfaatkan untuk perundingan dengan pakar klinikal selain dari dimanfaatkan sebagai telefon internet dan kegunaan dalam pengurusan maklumat bagi peningkatan kualiti perkhidmatan.

Peningkatan Kualiti Perkhidmatan PKP

Kementerian Kesihatan telah menekankan pelaksanaan usaha peningkatan kualiti perkhidmatan pada semua paras perkhidmatan hospital dan PKP di seluruh negara, baik dari segi pengurusan kualiti perkhidmatan, mahupun dari segi penggunaan peralatan dan teknologi dan sumber manusia termasuk aspek keselamatan pelanggan dan pekerja. Kualiti perkhidmatan perlu dilihat dari segi pencapaian matlamat perkhidmatan Kementerian Kesihatan, iaitu *Health for All*. Kualiti juga harus dilihat dari sudut peningkatan akses, ekuiti, efisiensi, keberkesanan dan penggunaan perkhidmatan yang disediakan.

Kualiti perkhidmatan meliputi kecekapan tenaga profesionalnya menyediakan perkhidmatan yang diperlukan dengan segera dan tepat pada waktunya dalam suasana penjagaan yang penyayang (*caring*). Kementerian Kesihatan telah menggunakan lebih 100 indikator bagi memantau pencapaian dan prestasi perkhidmatan yang disediakan. Beberapa klinik kesihatan telah melaksanakan berbagai inisiatif peningkatan kualiti termasuk usaha untuk mencapai persijilan ISO, melaksanakan akreditasi dan credentialing dalam guna tenaga kerja (Marican I., 2007)

Kajian Kesihatan dan Morbiditi Kebangsaan kedua pada tahun 1996 menunjukkan 88.5% daripada penduduk tinggal dalam lingkungan 5 km dari klinik kesihatan dan 81% dalam lingkungan 3 km. Jika dilihat berdasarkan wilayah, 69% penduduk kawasan luar bandar di Semenanjung tinggal dalam lingkungan 3 km daripada klinik kesihatan 67% di Sabah dan 50% di Sarawak (NHMS2 1997). Peningkatan akses juga dapat ditunjukkan dengan nisbah

kemudahan kesihatan dengan penduduk dalam jadual 4 dan nisbah tenaga kerja kesihatan dengan penduduk dalam jadual 5.

Jadual 4 Nisbah Kemudahan Kesihatan kepada Penduduk, 1984 dan 2004.

Jenis kemudahan kesihatan	1984 Nisbah kemudahan: penduduk	2004 Nisbah kemudahan: penduduk
Kawasan luar bandar		
• Klinik Kesihatan	1 : 26,608	1 : 18,708
• Klinik Desa	1 : 5,431	1 : 4,968
Kawasan bandar		
• Klinik Kesihatan	1 : 23,751	

Sumber: Kementerian Kesihatan Malaysia (2006)

Jadual 5 Nisbah Pekerja Kesihatan kepada Penduduk 1985 dan 2005.

Nisbah : Penduduk	1985	2005
Doktor (kerajaan & swasta)	1 : 3,174	1 : 1,237
Doktor pergigian (kerajaan & swasta)	1 : 15,059	1 : 9,497
Farmasis (kerajaan & swasta)		1 : 6,512
Jururawat (kerajaan & swasta)		1 : 592
Jururawat pergigian (kerajaan)		1: 12,616
Pembantu perubatan (kerajaan & swasta)		1 : 3.894
Jururawat masyarakat (kerajaan)		1 : 1.673
Fisioterapis (kerajaan)		1 : 55,828

Sumber: Kementerian Kesihatan Malaysia (2006)

Jika dilihat berdasarkan nisbah tersebut di atas, secara keseluruhan kelihatan seperti di bawah sasaran yang telah ditetapkan, tetapi jika diteliti nisbah tersebut di peringkat negeri dan daerah, nisbah tersebut adalah jauh dari sasaran terutama bagi negeri dan daerah yang lebih luar bandar seperti negeri Kelantan, Terengganu, Sabah dan Sarawak. Jika diambil kira jumlah warga asing yang turut menggunakan kemudahan tersebut, nisbah tersebut tentu akan lebih jauh dari sasaran. Jika dilihat dari nisbah tenaga kerja kepada penduduk, secara keseluruhan ia jauh daripada nisbah sasaran yang telah ditetapkan dan taburan menurut luar bandar seperti di atas masih juga berlaku. Secara kasarnya, keperluan tenaga profesional atau mahir ini masih besar bilangannya dan ia juga menggambarkan keperluan latihan yang besar pula.

Modal insan dan Sumber Tenaga Kerja yang Optimum

Pasukan tenaga kerja kesihatan PKP di Malaysia bercorak mutidisiplin, mempunyai beberapa paras kompetensi sesuai dengan skop dan bidang tugas perkhidmatan yang disediakan. Kira-kira 25% daripada keseluruhan tenaga kerja Kementerian Kesihatan bertugas dalam berbagai-bagai kemudahan PKP di seluruh pelosok negara. Setiap unit kesihatan diurus oleh seorang atau lebih doktor perubatan, seorang doktor pergigian, beberapa petugas kesihatan bersekutu dan paramedik termasuk jururawat kesihatan awam, jururawat masyarakat, pembantu perubatan, pembantu farmasi, teknologis makmal perubatan, penolong pegawai kesihatan persekitaran, pembantu pergigian, pemandu ambulan dan atenden pesakit. Sekarang ini, banyak klinik kesihatan telah mempunyai seorang Pegawai Perubatan dan Kesihatan mengetuai pasukan Program Kesihatan Sekolah Bersepadu yang melaksanakan program *Healthy School Program* seperti yang dianjurkan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2007)

Perubahan dan penambaan fungsi dan budaya kerja berprestasi tinggi adalah sangat penting bagi penyampaian perkhidmatan PKP yang berkesan.

Perkara ini merupakan cabaran hala tuju pembangunan masa depan PKP yang paling penting di negara ini. Peningkatan motivasi dan pembangunan kapasiti semua paras tenaga kerja PKP perlu seimbang dengan pemberian insentif yang wajar bagi menjamin wujudnya tenaga kerja berkualiti. Bilangan tenaga kerja ini perlu mencukupi sesuai dengan rencana pembangunannya untuk semua kawasan termasuk kawasan luar bandar yang terpencil. Sekarang ini, bilangan tenaga kerja adalah sangat rendah daripada sasaran yang telah ditetapkan. Jadual 5 menunjukkan nisbah tenaga kerja dengan penduduk yang masih di bawah sasaran yang telah ditetapkan. Keadaan ini juga menggambarkan keperluan terhadap latihan tenaga kerja PKP yang sangat tinggi, baik dari segi penambahan tenaga kerja mahupun dari segi keperluan latihan bagi meningkatkan ketrampilan profesional dan pembangunan kapasiti bagi tenaga kerja yang sedia ada.

Pada masa ini, latihan bagi tenaga kerja kesihatan peringkat siswazah dan pascasiswazah untuk tenaga kerja kesihatan secara umum masih terhad seperti bidang kejururawatan, penjagaan kecemasan, fisioterapi, rehabilitasi, terapi pekerjaan, keselamatan dan kesihatan pekerjaan dan lain-lain. Latihan yang menawarkan kepakaran atau pengkhususan kepada PKP termasuk latihan kepakaran perubatan keluarga, perubatan pekerjaan dan perubatan komuniti juga sangat terhad. UPM harus merebut peluang ini segera kerana persaingan yang menarik telah bermula dengan penubuhan beberapa buah institusi pendidikan tertier dan universiti baru baik dari sektor awam mahu swasta dalam membuat penawaran program tenaga kesihatan yang dinyatakan.

Pengukuhan Integrasi dan Kolaborasi antara Agensi dengan Sektor PKP Swasta dan Perubatan Tradisional dan Komplimentari (TCM)

Perkembangan masa hadapan PKP di Malaysia perlu mengambil kira dan melibatkan pengamal PKP swasta yang berjumlah lebih 7,000 buah klinik amalan am di seluruh negara (Marican I., 2008). Lazimnya klinik-klinik ini

merupakan perkhidmatan secara praktis solo atau berkumpulan atau secara perkongsian doktor-doktor pengamal am (Mohd Yunus and Md Idris, 1995).. Semenjak awal tahun 1990-an banyak pula muncul perkhidmatan secara bersyarikat yang mengurus beberapa buah klinik *outlet* dan sesetengahnya menyediakan perkhidmatan hospital. Klinik-klinik milik syarikat ini menjadi *feeder* kepada rujukan kes ke hospital yang berkaitan. Keseluruhan klinik swasta ini dianggarkan memberi perkhidmatan kepada hampir separuh daripada keseluruhan penduduk negara, meski pun majoritinya terletak di kawasan bandar dan pinggir bandar serta pekan kecil yang utama.

Kerjasama dan kolaborasi yang jelas dengan sektor swasta akan mewujudkan integrasi yang lebih luas dari segi fungsi, *networking* dalam penggunaan maklumat dan infrastruktur di samping memperluas ekuiti dan akses kepada penduduk. Dengan cara demikian penjagaan yang berterusan dan *seamless* dan *cost-effective* yang lebih baik dapat dilaksanakan.

Kerjasama tersebut juga akan dapat mempertingkatkan usaha latihan dan pembangunan profesional baik secara latihan kepakaran atau pasca siswazah atau latihan bercorak vokasional bagi mempertingkatkan ketrampilan dan profesionalisme tenaga kerja PKP semua sektor. Suatu rangka kerja jaminan kualiti yang komprehensif dapat dibangunkan bagi faedah semua sektor yang terlibat. Pihak Kementerian dalam proses awal menyediakan pelan kerjasama, kolaborasi dan integrasi dengan sektor swasta ini. Kerjasama ini juga membuka ruang kepada penyelidikan dan latihan akademik kepada institusi latihan, penyelidikan dan universiti.

Malaysia seperti negara-negara lain terutama di benua Asia juga memiliki sistem perubatan tradisional dan komplementari atau alternatif selain daripada sistem perubatan moden. Sebagai negara yang berbilang kaum dan budaya, Malaysia kaya dengan sistem perubatan tradisional pribumi yang berbagai suku kaum di samping sistem tradisional yang diwarisi daripada negara asal dari mana datuk nenek mereka yang berasal dari seperti India dan China.

Sistem perubatan ini telah digunakan oleh rakyat dengan meluas. Kerajaan Malaysia dengan jelas telah membuat polisi bahawa sistem perubatan tradisional dan komplementari dilakukan pengubahsuaian dan ambilsuai agar dapat dikawal mengikut perundangan dan peraturan yang sewajarnya supaya dapat terus berkembang dan selamat digunakan oleh masyarakat. Beberapa peraturan pendaftaran, pengilangan dan pembuatan ubatan yang selamat termasuk latihan sedang digubal dan dalam proses pelaksanaan pada peringkat awal.

Setakat kini, Kementerian Kesihatan Malaysia telah melancarkan projek rintis integrasi perubatan tradisional dan komplementari dalam perkhidmatan kesihatan di peringkat Hospital Sekunder, bermula dengan perkhidmatan akupunktur dan rawatan urutan tradisional Melayu. Masih banyak kajian dan penyelidikan lanjutan diperlukan bagi merumus polisi dan memilih strategi yang sesuai untuk amalan TCM di negara ini. Beberapa dasar penting untuk latihan TCM telah dirumuskan. Kementerian Kesihatan telah mewujudkan Bahagian Perubatan Tradisional dan Komplementari pada peringkat pentadbiran ibu pejabat Kementerian Kesihatan (peringkat nasional). Beberapa buah universiti awam juga telah menubuhkan pusat atau institut penyelidikan yang menyokong ke arah penyelidikan tumbuhan ubatan atau herba atau produk dan bahan yang digunakan dalam sistem perubatan tradisional daripada berbagai aspek kajian saintifik dan manfaatnya. Dalam beberapa tahun yang akan datang dijangka hasil penyelidikan akan dapat dimanfaatkan dalam amalan TCM berasaskan eviden dan selamat, di samping sistem latihan dalam TCM yang teratur dapat dilaksanakan.

Implikasi kepada Keperluan Latihan

Penyampaian PKP jelas melibatkan profesional daripada berbagai disiplin dalam bidang perubatan dan sains kesihatan, di samping beberapa disiplin sains sosial yang berkaitan. Profesional ini perlu latihan dan mempunyai

ketrampilan yang khusus pula. Secara umumnya dapat dibahagikan kepada tiga ekspektasi rangkakerja ketrampilan yang perlu dimiliki oleh setiap profesional utama dalam menyampaikan perkhidmatan PKP dalam sesebuah komuniti. Lazimnya dinyatakan *tiga penanda aras (benchmark)* yang perlu ada pada setiap kurikulum program latihan profesional kesihatan seperti ini:

- A. Ekspektasi dalam ketrampilan memberikan perkhidmatan kepada pesakit atau pengguna yang meliputi aspek autonomi dan akauntabiliti; perhubungan dan ketrampilan profesional dan di samping hubungan dalam konteks profesional dan majikan.
- B. Ekspektasi ketrampilan dalam amalan memelihara, menjamin atau meningkatkan taraf kesihatan dan kesejahteraan komuniti atau kumpulan sasaran tertentu. Ia merangkumi kemampuan untuk mengenal pasti masalah dan keperluan kesihatan, ketrampilan penyelesaian masalah, mampu membuat fomulasi tindakan dan strategi bagi mengatasi masalah, mampu melakukan amalan atau aktiviti praktis dengan bijak serta mampu melakukan evaluasi perkhidmatan yang disampaikan.
- C. Pengetahuan, kefahaman dan ketrampilan yang perlu ada dalam pendidikan dan latihan yang berkaitan. Ia pula merangkumi kefahaman konsep asas yang utama dari disiplin seperti ilmu asas perubatan contohnya, struktur dan fungsi badan manusia; aspek asas dan falsafah ilmu sains sosial dan psikologi yang relevan, di samping ilmu, kefahaman dan ketrampilan yang khusus yang menjadi ciri dan fungsi utama bidang yang diikuti. Contohnya, ilmu asas perubatan untuk bidang kejururawatan dan pembantu perubatan bagi PKP hampir sama tetapi aspek praktis dan perundangan dan *stututory codes of conduct* dalam amalan perkhidmatan penjagaan kesihatan berbeza fokusnya

sesuai dengan keperluan pengkhususannya. Contoh kemahiran yang diperlukan termasuk komunikasi, penyelesaian masalah, pencarian dan pengumpulan maklumat, kemahiran pengurusan serta kemahiran ICT.

Hasil pembelajaran yang memenuhi ketiga-tiga kriteria *benchmark* di atas, akan lebih sukar dicapai jika aktiviti pengajaran hanya tertumpu kepada pengajaran di dalam kelas dan makmal sahaja. Contohnya, latihan yang bertujuan untuk pembangunan profesional seperti untuk meningkatkan kemampuan dan kemahiran dalam melaksanakan penjagaan pesakit yang tidak prajudis, tidak mengamalkan diskriminasi serta tidak opresif, tidak dapat dicapai dengan berkesan kecuali dengan melakukan latihan amalan pada persekitaran perkhidmatan yang sebenar dan yang melaksanakan amalan dengan ciri yang dinyatakan, misalnya klinik pesakit luar sebuah klinik kesihatan dalam sebuah komuniti luar bandar.

Melalui interaksi dengan pasukan kesihatan yang bertugas di klinik kesihatan tersebut, seseorang pelajar bukan akan dapat berkomunikasi secara berkesan, tetapi juga akan dapat memahami perhubungan profesional yang dengan berlaku betul dengan pesakit dengan latar belakang masyarakat desa di samping dapat memahami batas kemampuan dan skop perkhidmatan yang ada dan tahu bila untuk mendapatkan pandangan profesional kedua pegawai atasan atau bila pula untuk membuat rujukan ke hospital sekunder.

Institusi latihan PKP lazimnya melakukan metodologi pengajaran dan pembelajaran dengan melaksanakan penempatan atau posting bagi tempoh pendek atau jangka panjang. Latihan seperti juga dikenal dengan nama latihan industri kerana lazimnya dilaksanakan di industri atau perkhidmatan yang berkaitan bidang latihan. Seperti yang telah dinyatakan di atas, sebaiknya tempat di mana latihan akan dilaksanakan, seharusnya telah mengamalkan suatu perkhidmatan PKP yang baik dan bijak serta boleh menjadi teladan

yang baik dan pelajar dapat memahami cara pelaksanaan perkhidmatan yang mematuhi pendekatan, strategi pelaksanaan dan penilaian perkhidmatan yang berkualiti seperti yang diinginkan.

Pada realitinya keadaan tersebut sangat sukar diperoleh, kerana amalan lama masih berleluasa, manakala perubahan paradigma ke arah peningkatan kesihatan dan kesejahteraan masih belum membudaya, pendekatan perkhidmatan berasaskan eviden belum wujud, apatah lagi perkhidmatan yang mesra pelanggan, penyayang dan cekap. Oleh kerana itu, pemilihan tempat latihan perlu dilaksanakan secara teliti dengan mengambil kira berbagai-bagai faktor yang penting dalam pelaksanaan pengajaran dan pembelajaran. Matlamat ini boleh dicapai dengan mewujudkan hubungan kerjasama, persefahaman atau perkongsian bistari yang dirancang dan dilaksana secara teliti.

Alternatif yang dapat dilakukan oleh institusi latihan ialah pertama, menyediakan sendiri kemudahan dan perkhidmatan PKP sendiri yang dapat diguna bagi mencapai tujuan latihan tersebut; atau kedua, menyediakan perkhidmatan dan latihan secara kerjasama dengan agensi setempat seperti Pejabat Kesihatan Daerah dari Kementerian Kesihatan. Pilihan kedua ini lebih popular bagi latihan PKP universiti tempatan di Malaysia, seperti Universiti Kebangsaan Malaysia dan Universiti Sains Malaysia dan UPM sendiri.

Perlu ditekankan sekali lagi, perkembangan masa depan PKP di Malaysia selanjutnya berkait rapat dengan keperluan menambah baik profesionalisme dan meningkatkan kapasiti tenaga kerja yang baru dan yang sedia ada terutama dalam kelayakan kepakaran dan meningkatkan kompetensi. Keperluan ini memberi ruang yang luas kepada peranan baru yang perlu dimainkan oleh universiti dan institusi latihan negara dalam latihan tenaga profesional berkeelayakan dan berpengalaman. UPM sebagai sebuah

universiti penyelidikan yang berpengalaman harus merebut peluang ini dengan melakukan penyesuaian sebahagian program dan kursus yang sedia ada.

Penawaran program dan kursus yang menjurus kepada keperluan latihan untuk PKP, sama ada untuk program peringkat siswazah mahupun peringkat pascasiswazah, akan memacu UPM menjadi peneraju dalam bidang ini. Latihan jangka pendek atau vokasional yang bertujuan untuk peningkatan kapasiti dan profesionalisme tenaga kerja kesihatan juga boleh dilaksanakan terutama dalam aspek evaluasi, penilaian dan peningkatan kualiti, peningkatan kapasiti penyelidikan dan ICT.

Implikasi kepada Penyelidikan dan Pembangunan

Seperti yang telah dinyatakan di atas dalam Rancangan Malaysia ke Sembilan (2006 – 2010) secara jelas memberi penekanan kepada pembangunan dalam sektor kesihatan dan penyampaian perkhidmatan berfokus kepada pelanggan yang berasaskan kepada keperluan masyarakat. Salah satu teras tindakan ialah mewujudkan perkhidmatan kesihatan berasaskan eviden dengan mempertingkat usaha penyelidikan dan pembangunan. Dasar ini juga selari pula dengan usaha pengukuhan pengurusan maklumat yang berfungsi pula sebagai penyokong ke arah tersebut.

Dengan itu PKP banyak membuka peluang untuk melakukan penyelidikan daripada berbagai-bagai perspektif dan analisis. Jika dilihat daripada sudut penyelidikan operasi (*operation research*) ia membuka ruang penyelidikan yang sangat luas daripada input dengan persekitarannya, proses, *output* dan seterusnya kepada *outcome* dan impak. Jika dilihat dari perspektif analisis penyelidikan ia dapat bermula daripada analisis polisi, strategi pelaksanaan perkhidmatan, evaluasi, asesmen impak dan hasil sehingga kepada pelbagai kajian yang berasaskan komuniti atau perspektif pengguna.

Peluang untuk penyelidikan dan pembangunan ini diperluas lagi dengan Kementerian Kesihatan sendiri berpegang dan percaya bahawa pengukuhan sistem penjagaan kesihatan negara dan peningkatan kualiti perkhidmatannya

adalah kunci kepada pencapaian kejayaan dalam peningkatan hasil penjagaan yang diinginkan. Ia akan membuka ruang luas kepada usaha pembangunan model perkhidmatan dan operasi penjagaan kesihatan yang berkesan dan mampan yang memerlukan penyelidikan evaluasi, asesmen kos-benefit, kos efektif dan juga proses pengurusan program dan aktiviti perkhidmatan termasuk audit klinikal dan audit dalam ekonomi kesihatan dan kewangan.

Berbagai *performance indicator* perlu dibentuk, diuji dan dinilai keberkesanannya sebagai alat pengukur. Prinsip asas PKP itu sendiri membuka ruang kepada penyelidikan tentang pengukuran ases, bentuk kerjasama, kolaborasi, penglibatan dan integrasi yang sesuai dan perlu diselidiki dengan mendalam. Kajian yang berasaskan komuniti dan pengguna juga luas daripada kajian epidemiologi sehingga ke kajian penggunaan kemudahan dan kepuasan pelanggan.

Kajian dari perspektif sains sosial, psikologi dan tingkah laku terbuka luas kerana kita perlu mencari pendekatan dan cara penyampaian perkhidmatan yang benar-benar sesuai dengan masyarakat bangsa Malaysia baru yang akan mewarisi PKP ini sejajar dengan misi dan visi pembangunan negara yang perlu mengikut acuan kita sendiri. Pendekatan penyelidikan multidisiplin dan kolaboratif harus digalakkan bagi mencapai penggunaan maklumat dan hasil penyelidikan yang berkesan.

Cadangan: Peranan Masa Depan UPM dalam Latihan dan Pengembangan Penyelidikan PKP

Dijangka bermula dengan era Rancangan Malaysia ke Sepuluh iaitu 2010 dan tahun-tahun seterusnya akan menjadi era perkembangan pesat PKP di Malaysia. PKP akan menjadi tonggak pembangunan kesihatan negara dan menjadi asas kukuh kepada corak sistem dan perkhidmatan penjagaan kesihatan Malaysia, negara maju tahun 2020. Dua tahun setengah yang masih tinggal ini harus dimanfaatkan oleh UPM amnya dan Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan (FPSK) khususnya, sebagai tahun pengukuhan persiapan dan memulakan langkah dinamik ke arah perkembangan tersebut, baik dalam

bidang latihan dan perkhidmatan, mahu pun dalam bidang penyelidikan dan pembangunan PKP.

Dalam konteks pembangunan FPSK penulis melihatnya sebagai fasa ketiga pembangunan FPSK, bila mana ahli fakulti harus membuktikan kemampuan dan potensinya mendukung dan membudayakan kecapaian prestasi tinggi sebagai warga UPM dalam menyumbang dan menjulang wawasan universiti penyelidikan. Ia harus dilihat sebagai satu amanah yang perlu dipikul oleh setiap ahli FPSK. Kalau diumpama sebagai suatu peperangan, fasa ini merupakan fasa pengukuhan asas, semangat dan persenjataan, latihan peperangan dan perang kecil (*skirmish*) sebelum pertempuran habis-habisan yang menjamin kemenangan serta memacakkan bendera kemenangan UPM yang gilang-gemilang dalam persada universiti penyelidikan terkemuka di peringkat antarabangsa.

Seperti yang telah dijelaskan, prospek dan perkembangan masa depan PKP selanjutnya di Malaysia berkait rapat dengan keperluan menambah baik profesionalisme dan meningkatkan kapasiti tenaga kerja yang baru dan yang sedia ada terutama dalam kelayakan kepakaran dan meningkatkan kompetensi. Keperluan ini memberi ruang yang luas kepada peranan baru yang perlu dimainkan oleh universiti dalam latihan tenaga profesional berkeelayakan dan berpengalaman di samping bergerak cergas melakukan penyelidikan bagi membantu pengembangan perkhidmatan PKP berasaskan eviden. UPM sebagai sebuah universiti penyelidikan yang berpengalaman harus merebut peluang ini dengan melakukan penyesuaian sebahagian program dan kursus yang sedia ada. Penawaran program dan kursus yang menjurus kepada keperluan latihan dan penyelidikan dalam PKP, sama ada untuk program peringkat siswazah mahupun peringkat pascasiswazah Usaha menyumbang dalam latihan dan pembangunan PKP akan memacu UPM menjadi peneraju dalam bidang ini.

UPM harus mengembangkan program perubatan dan sains kesihatan yang sedia ada dan meneroka ke bidang dan tumpuan baru dalam PKP seperti dalam amalan PKP, penjagaan kesihatan, pengurusan penjagaan kesihatan, pengurusan sumber dan teknologi kesihatan, strategi termaju dan pintar dalam kawalan penyakit berjangkit dan tidak berjangkit. Penawaran program dan kursus baru yang berkaitan dengan PKP dapat dilaksanakan untuk bidang perubatan, kejururawatan dan kesihatan bersekutu termasuk juga bidang perubatan tradisional dan komplementari.

Berikut disenaraikan beberapa strategi utama yang perlu dilakukan oleh FPSK khususnya dan UPM umumnya:

- Pengukuhan kurikulum sedia ada dan pembangunan kurikulum program baru siswazah dan pascasiswazah yang berkaitan dengan PKP.
- Melengkapkan peralatan dan pengurusan makmal latihan dan penyelidikan serta ICT.
- Mengembangkan potensi penyelidik dan pembantu penyelidik di FPSK.
- Membangunkan Pusat Penjagaan Kesihatan Primer UPM bagi tujuan amalan, latihan dan penyelidikan PKP.
- Mempertingkatkan kerjasama dan kolaborasi dengan daerah latihan yang telah diperuntukan kepada UPM melalui perkongsian pintar yang rasmi dan teratur.

Penulisan ini tidak bertujuan untuk membincang secara terperinci cadangan tersebut kerana ia memerlukan penelitian lanjut dan perencanaan rapi di samping sebahagian daripada cadangan tersebut memerlukan keputusan pihak yang berautoriti dan memerlukan kerangka kerja yang berkaitan. Garis kasar dan panduan umum secara ringkas akan diutarakan.

Pengukuhan Kurikulum Sedia Ada, Pembangunan Kurikulum dan Penawaran Program Baru

Pada peringkat awal pembangunan FPSK, kurikulum program yang ditawarkan seperti doktor perubatan (MD), bacelor sains (kesihatan persekitaran dan pekerjaan), Bacelor Kejururawatan dan lain-lain telah mengambil kira perkara-perkara penting dalam PKP seperti falsafah dan pendekatan sama ada dalam kursus, amali, latihan industri atau posting yang berkaitan. Contohnya dalam program MD falsafah dan konsep holistik dan kesejahteraan jelas dinyatakan dalam objektif program, modul-modul dan kursus yang berkaitan. Modul-modul *Introduction to Public Health and Epidemiology, Service, Client and Community* dan lain-lain sebagai pengenalan dan memperkukuh asas pendekatan PKP. Posting klinikal memperkukuh amalan dan aplikasi konsep dan prinsip PKP, seperti modul *Community Follow-up, Family Medicine* dan *Community Medicine Attachment* (Haliza and Mohd Yunus, 2006)

Fasa ketiga pembangunan FPSK perlu mengadakan review kurikulum secara menyeluruh bagi memperkukuh kekurangan atau kelemahan serta mengatasi kekangan yang sering dihadapi. Tindakan ini juga sejajar dengan tamatnya tempoh akreditasi program MD oleh Majlis Perubatan Malaysia yang telah diterima selama lima tahun dan juga sesuai cadangan baru peningkatan kualiti yang dianjurkan oleh Kementerian Pengajian Tinggi melalui rangka kerja peningkatan kualiti pengajian tinggi negara melalui Agensi Kualiti Negara (MQA) sekarang ini (Malaysia Qualification Agency, 2008). Inisiatif pendekatan *Learning Outcome* dan penerapan Kemahiran Insan. Langkah yang telah diambil oleh universiti ini amat bertepatan sekali kerana ia akan memperkukuh pembangunan dan pengurusan kurikulum FPSK. Pencapaian kualiti dengan persijilan ISO oleh FPSK akan memperkasa kemampuan dan memperkemas tindakan dan aktiviti pengajaran dan pembelajaran ke arah kualiti yang tinggi (Pusat Pembangunan Akademik UPM, 2007).

Penawaran program kejururawatan perlu dikembangkan dengan lebih pantas dan meluas kerana bidang ini memberi ruang yang besar dan memperkasa PKP. Tuntutan (*demand*) kepada latihan kejururawatan adalah sangat tinggi. Penawaran program kejururawatan perlu dipertingkatkan terutama dengan pengambilan lebih ramai calon yang menghala kepada pengkhususan atau major dalam PKP, bukan sahaja pada peringkat bacelor tetapi juga peringkat diploma termasuk khusus diploma dalam PKP.

Penawaran program kejururawatan peringkat diploma adalah *essential* dalam bidang ini kerana dapat berfungsi sebagai *feeder* calon kepada program bacelor. Penawaran bilangan calon yang lebih besar dan persediaan (*supply*) calon yang lebih berkemampuan untuk terus maju ke peringkat bacelor daripada pengambilan sekarang ini yang terdiri daripada mereka yang telah memiliki diploma atau yang telah lama bekerja amat sukar dan banyak kekangan serta kekurangannya. Program diploma dalam PKP ini harus memberi peluang peningkatan latihan yang lebih tinggi kepada jururawat masyarakat yang latihan mereka sekarang ini masih pada peringkat sijil. Jururawat masyarakat yang berpengalaman bertugas di klinik desa lazimnya cekap dan kompeten dalam penjagaan kesihatan dalam komuniti seperti sebagai nurse visitor yang dapat melaksanakan *home-based nursing* yang diperlukan oleh negara kini yang sejajar dengan kosep PKP.

Tuntutan daripada sektor PKP swasta kepada lulusan diploma khusus dalam PKP dijangka tinggi kerana sektor ini mengalami kekurangan jururawat PKP terlatih, tambahan pula jika peraturan kualiti dan kelayakan dikuatkuasakan. Sudah sampai masanya bagi program kejururawatan FPSK ditadbirurus sebagai sebuah jabatan bagi perkembangan bidang kejururawatan di UPM.

Program Bacelor (Kesihatan Persekitaran dan Pekerjaan) mempunyai kekurangan dari segi amalan dan pendekatan PKP. Program ini perlu dikembangkan menjadi dua major utama iaitu pertama, menjadi kesihatan persekitaran dan kedua, keselamatan dan kesihatan pekerjaan. Pemisahan

kepada dua bidang major tersebut dapat dilakukan pada tahun tiga dan empat. Alternatif lain ialah dengan mengadakan dua program secara berasingan terus kepada dua program yakni program Bachelor Kesihatan Persekitaran dan Bachelor Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan. Penambahbaikan kurikulum dan penawaran beberapa kursus baru yang menjurus kepada keperluan latihan PKP perlu dilakukan bagi memperkukuh kapasiti kepada amalan kesihatan persekitaran dan kesihatan pekerjaan berasaskan kepada pendekatan PKP.

Penawaran program pasca siswazah yang memberi peluang kepada latihan profesional dan akademik tinggi perlu dipertingkatkan. Penawaran program pada peringkat master dan kedoktoran berkait rapat dengan peluang untuk melakukan penyelidikan dalam bidang yang berkaitan dengan PKP. Telah menjadi peranan utama tenaga akademik untuk mempertingkatkan keupayaan dalam melakukan penyelidikan dan mendapatkan geran penyelidikan dalam bidang yang berkaitan. kerana ia membuka peluang kepada projek penyelidikan pasca siswazah. Pelaksanaan program master dalam Perubatan keluarga dan Perubatan Komuniti perlu digerakkan semula kerana program ini akan membuka ruang kepada perkembangan program pasca siswazah PKP.

Tenagakerja, Peralatan dan Pengurusan Makmal Latihan dan Penyelidikan serta ICT

FPSK telah menyediakan ruang makmal untuk latihan makmal dan penyelidikan yang cukup dan sesuai dengan perancangan pembangunan yang telah ditetapkan. Ruang makmal yang luas ini tidak memberi kesan jika peralatan makmal bagi tujuan penyelidikan tidak disediakan atau tidak lengkap. Peralatan makmal dan peralatan ICT bagi tujuan latihan dan penyelidikan ini akan dapat dimanfaatkan dan menyumbang kepada penyelidikan dan pembangunan PKP. Tenagakerja pegawai sokongan seperti pegawai sains, penolong pegawai sains, pembantu teknik bagi tujuan penyelidikan perlu diisi dan dilatih bagi menjamin kelancaran penyelidikan yang akan dijalankan.

Aktiviti latihan dalam perkhidmatan untuk *Research capacity building* di kalangan staf FPSK perlu dilaksanakan secara tersusun dan berterusan. Latihan tentang kaedah penyelidikan dan analisis statistik lanjutan seperti statistik permodelan perlu digalakkan. Latihan seperti dapat membantu tenaga akademik dan penyelidik FPSK menggunakan kaedah statistik tersebut dalam penyelidikan PKP seperti dalam analisis polisi, ekonomi kesihatan, hasil dan impak intervensi serta kajian forecasting.

Pembangunan Pusat Penjagaan Kesihatan Primer UPM

Cadangan penubuhan Pusat Penjagaan Kesihatan Primer UPM pernah dikemukakan oleh Jabatan Kesihatan Komuniti kepada FPSK sebagai cadangan untuk pengukuhan perkhidmatan, penyelidikan dan perundingan PKP di FPSK. Secara ringkas pusat ini dapat menyediakan skop dan bidang perkhidmatan yang luas dengan fungsi yang saling berkait campuran antara penjagaan kesihatan primer dan kesihatan komuniti atau yang *population-based*. Sebahagian daripada aktiviti perkhidmatan, perundingan atau penyelidikan pusat ini boleh beroperasi pada paras penjagaan kesihatan individu, keluarga dan juga komuniti. Empat ciri utama fungsi perkhidmatannya ialah:

1. Membuat asesmen, rawatan ambulatori jangka pendek dan rujukan masalah kesihatan dan penyakit yang sering berlaku (*common condition*).
2. Perkhidmatan pencegahan, pengesanan awal dan intervensi masalah dan risiko kesihatan.
3. Penjagaan berterusan penyakit kronik dan masalah kesihatan yang kompleks dengan kerjasama dan kolaborasi perkhidmatan kepakaran dari hospital sekunder atau tertier.
4. Rawatan dan jagarawatan akut/krisis dalam komuniti seperti yang berupa *home-based care*.

Pusat ini ditubuhkan dengan misi untuk menjadi pusat kecemerlangan PKP

dan kesihatan komuniti agar dapat meningkatkan taraf kesihatan dan kualiti hidup masyarakat. Pusat mempromosikan visi kesihatan melalui promosi kesihatan dan kesejahteraan serta kualiti hidup komuniti dengan menyediakan perkhidmatan, penyelidikan dan perundingan PKP. Perkhidmatan kepakaran seperti perubatan keluarga, perubatan pekerjaan dan perundingan keselamatan dan kesihatan pekerjaan dan asesmen impak persekitaran dan pengurusan risiko kesihatan persekitaran boleh juga disediakan.

Dengan menyediakan infrastruktur PKP dengan berautoriti sendiri, UPM akan dapat memberikan perkhidmatan dan melaksanakan penyelidikan dan perundingan dalam kapasiti dan kemampuan sendiri dan dapat melakukan inovasi dan reformasi ke arah pendekatan dan pelaksanaan yang lebih sesuai dengan fungsi universiti penyelidikan. Penggunaan model atau strategi penjagaan yang baru dan inovatif berasaskan eviden dapat diterapkan ke dalam perkhidmatan dan perundingan yang disedia dan disampaikan.

Strategi pengurusan dan penjagaan penyakit kronik boleh dijadikan keutamaan bidang perkhidmatan. Komponen pencegahan dan promosi kesihatan melalui seperti *wellness clinic* bagi golongan yang berisiko tinggi dan penjagaan pesakit dengan pendekatan *self-management* dibawah pemantauan profesional, dapat diberi keutamaan sesuai dengan strategi PKP Kementerian Kesihatan Malaysia yang telah dinyatakan di atas. Model perawatan penyakit kronik seperti diabetes, obesiti, *stroke* dan jagaan dalam komuniti seperti jagaan geriatrik dan kesihatan mental dapat dikembangkan.

Infrastruktur pusat ini boleh dibina dalam kampus universiti dan juga di kawasan luar kampus yang berhampiran. Ia dapat berfungsi sebagai *feeder* kepada pusat kepakaran dan hospital dalam rujukan pesakit dan juga sebagai sumber penyelidikan yang berkaitan baik yang berorientasi klinikal mahu pun perkhidmatan. Strategi dan model perkhidmatan, pengurusan jagaan dan operasi penjagaan kesihatan yang inovatif dapat diujikaji seperti dari aspek keberkesanan, evaluasi, asesmen kos-benefit, kos efektif dan lain-lain.

Pusat juga dapat menjadi sumber kewangan hasil dari perkhidmatan

kepada panel-panel yang berdaftar di samping dapat menjimat kos rawatan kepada staf UPM. Sistem tadbirurus, pengurusan maklumat, aplikasi ICT dan kewangan yang digunapakai dapat juga dimanfaatkan dalam latihan.

Kerjasama dan Kolaborasi dengan Daerah Latihan

UPM telah menandatangani suatu perjanjian kerjasama dengan Kementerian Kesihatan berkaitan dengan latihan pelajar perubatan dan kejururawatan di kemudahan kesihatan yang terdapat dalam daerah latihan yang telah ditetapkan. UPM telah diperuntukkan daerah Sepang, Kuala Pilah, Jempol dan Hulu Terengganu serta Bahagian Bintulu bagi tujuan tersebut. Daerah Kuala Pilah, Jempol dan Sepang telah digunakan untuk latihan secara berterusan setiap tahun semenjak tahun 1999 dan daerah Hulu Terengganu secara berkala. Bahagian Bintulu pernah diguna selama satu sesi pengajian iaitu sesi 2003/2004 dan pemilihan pelajar dibuat secara sukarela kerana mempertimbang kos pembelajaran tambahan yang perlu ditanggung oleh pelajar sendiri.

Penglibatan pegawai Kementerian Kesihatan dalam daerah latihan terhad kepada aktiviti pengajaran dan pembelajaran dalam kemudahan kesihatan dan juga dalam komuniti. Penglibatan dalam penyelidikan masih terhad kepada projek penyelidikan yang dijalankan oleh pelajar sahaja.

Satu kertas kerja cadangan awal telah dikemukakan kepada Pejabat Kesihatan Daerah Sepang dan Kuala Pilah dalam usaha untuk merangka suatu konsep kerjasama dan perkongsian pintar yang merangkumi kerjasama dalam semua aktiviti penyelidikan, perundingan dan perkhidmatan selain daripada pengajaran dan pembelajaran. . Setakat ini tiada kemajuan dan perancangan lanjut terhadap cadangan tersebut. FPSK perlu menggerakkan semula cadangan perkongsian ini agar dapat direalisasikan suatu kerjasama dan kolaborasi dalam latihan dan penyelidikan PKP yang bermakna dalam

masa yang terdekat sesuai dengan landasan dan prinsip PKP yang dipelopori oleh Kementerian Kesihatan seperti yang telah dibincang di atas.

UPM harus mengambil peluang yang lebih luas dalam persetujuan kerjasama dan kolaborasi dengan kawasan latihan kerana ia akan memberi kelebihan terutamanya dari aspek *hand on experience* kepada pelajar dan pegawai akademik dalam pembinaan kapasiti profesional mereka terutama dalam praktis dan penyelidikan dalam PKP.

KESIMPULAN

Penjagaan Kesihatan Primer (PKP) yang dilaksanakan di Malaysia telah mengambilsuai pendekatan yang komprehensif seperti yang disyorkan pada Deklarasi Alma Ata dan ia masih relevan sehingga kini. PKP di Malaysia telah menghadapi berbagai-bagai cabaran dan bersedia untuk perkembangan masa depannya. Perkembangan selanjutnya sangat berkait rapat dengan keperluan menambah baik profesionalisme dan meningkatkan kapasiti tenaga kerja yang baru dan yang sedia ada, terutama dalam kelayakan kepakaran dan meningkatkan kompetensi. Keperluan ini memberi ruang yang luas kepada peranan yang boleh dimainkan oleh universiti dan institusi latihan negara. UPM harus merebut peluang ini dengan melakukan penyesuaian dalam penawaran sebahagian daripada program dan kursus yang menjurus kepada keperluan latihan untuk PKP, sama ada untuk program peringkat siswazah mahupun peringkat pascasiswazah. Langkah ini akan memacu UPM menjadi peneraju dalam bidang PKP kelak. Latihan jangka pendek yang bertujuan untuk peningkatan kapasiti dan profesionalisme tenaga kerja kesihatan juga boleh dilaksanakan terutama dalam aspek evaluasi, penilaian dan peningkatan kualiti, peningkatan kapasiti penyelidikan dan ICT. PKP juga banyak membuka peluang luas untuk melakukan penyelidikan daripada berbagai-bagai perspektif dan analisis terhadap dasar, komponen dan pelaksanaan perkhidmatan dan kajian yang berasaskan komuniti atau perspektif pengguna. UPM harus bersedia

dan tidak melepaskan peluang keemasan yang terbuka luas ini dengan memperkukuh pembangunan infrastruktur PKP sendiri, makmal, tenaga profesional dan penyelidik PKP sendiri di samping naik taraf kerjasama dengan daerah latihan yang sedia ada melalui perkongsian bistari terutamanya dalam latihan, perkhidmatan dan penyelidikan bersama.

RUJUKAN

- Centre for Health Equity, Training, Research and Evaluation UNSW. 2008. *Action on Health Inequalities: Early Intervention and Chronic Condition Self-Management*. University of New South Wales. Sydney. <http://phcris.or.au/resource/phc>.
- Chee, H.L. 1990. Health and Healthcare in Malaysia. Present trends and implications for the future. Kuala Lumpur: Institut Pengajian Tinggi Universiti Malaya.
- Chew, S.C. 2007. Occupational Stress among Teachers in Grede A and Grede B Chinese Primary Schools, Manjong District, Perak. Bachelor of Science in Environmental and Occupational Health Thesis. Universiti Putra Malaysia. (unpublished)
- ESCAP & UNICEF. 1984. Basic community services through primary health care. Training approach. Bangkok.
- Foong, M.C. 2008. Prevalence of Occupational Stress and Job Psychological Charecteristics among a Glass Factory Worker in Pulau Pinang. Bachelor of Science in Environmental and Occupational Health Thesis. Universiti Putra Malaysia. (unpublished)
- Haliza MR, and Mohd Yunus A. 2006. More than Patient Care: The Community Medicine Attachment and Community Follow-up Modules. *Brunei Journal of Health*. Universiti Brunei Darul Salam. **1**: 69-73.
- Hassan, STS, Jamaludin, H, Yunus A, M, *et al*. 2007. Framing ICT and drivers to enhance rural health research strategies. *The Electronic Journal of Information System in Developing Countries*.
- Hassan, STS, Jamaludin, H, Yunus A, M, *et al*. 2008. ICT enables and strategies for rural research. *The Communication Initiative Network*.

- International Focus*. 2008. Number 12: 3-4. April 2008. Primary healthcare approach in Malaysia. (editorial).
- Juliana J, Zainuddin Z., *et al.*, 2005. Indoor air quality inside buses and its implication to respiratory health among bus drivers in Klang valley. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(3)**.
- Malaysian Qualification Agency (MQA). 2008. Malaysian Qualification Framework. Petaling Jaya.
- Ministry of Health Malaysia. 2004. Division of Family Health Development Annual Report 2003.
- Ministry of Health Malaysia. 2006 Annual Report Ministry of Health 2005.
- Ministry of Health Malaysia. 2006 My Health. Kuala Lumpur. Health Status of Malaysia 2005. .
- Ministry of Health Malaysia. 2006. Health Facts 2005..
- Ministry of Health Malaysia. 2007. *Petunjuk-petunjuk Kesihatan*, 2006
- Ministry of Health Malaysia. 2007. *Annual Report 2006*.
- Merican, I. 2008. Primary health care in Malaysia. Beyond Alma Ata. Keynote address paper. 1st Asean Regional Primary Care Conference. 8th. February 2008. Ministry of Health Malaysia & Academy of Physician Malaysia. Kuala Lumpur.
- Merican, I. 2008. 30 years after Alma Ata: Haressing the passion and moving PHC forward. Keynote address paper. 1st the National Primary Care Conference Malaysia. Sunway Convention Centre, Sunway. Ministry of Health Malaysia & Academy of Physician Malaysia. Kuala Lumpur.
- Mohd Yunus A. (Ed.) 2005. *Community Health Medicine* (SPK 3817) Student Guidebook. Department Community Health. Faculty of Medicine and Health Sciences. UPM. Serdang. (unpublish)
- Mohd Yunus A., and Md Idris MN. 1995. Klinik Secara Bersyariat: Beberapa Strategi dan Panduan Pengurusan. *Jurnal Perubatan UKM*, **17**: 75 – 89.
- Mohd Yunus A., Sherina, MS. *et al.* 2004. The prevalence of cardiovascular risk factors in a rural community. *Malaysian Journal of Nutrition*, **10(1)**: 5-12 .

- Mohd Yunus A., Sherina MS, *et al.*, 2004. The prevalence of hypertension and smoking in a rural community in Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, **3(2)**: 5-9
- Mohd Yunus A, Sherina, MS. 2004. Prevalence of cigarette smoking in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Family Medicine*. 4 (suppl.)
- Mohd Yunus, Nor Afiah MZ, *et al.*, 2004. Patient Satisfaction at the Outpatient Clinic: A Comparative Study on Government and Private Clinics in Mukim Labu, Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Public Health Medicine Vol 4* (suppl.)
- Mohd Yunus A, Nor Afiah MZ, *et al.*, 2004 Prevalence of self-medication and traditional medication used among the rural community in Kampung Giching of Mukim Labu, Sepang. *Malaysian Journal of Public Health Medicine Vol 4* (suppl.)
- Mohd Yunus A, Nor Afiah, MZ *et al.*, 2004. Patient satisfaction: A comparison between government and private clinics in Mukim Labu, Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, **4(2)**.
- Mohd Yunus A, Shaharuddin MS, *et al.*, 2005. Prevalens dan severiti fluorosis gigi dan kaitanya dengan bekalan air minum di kalangan pelajar berumur sebelas tahun di sebuah sekolah rendah di Kuala Terengganu. *Malaysian Journal of Community Health* (suppl.1)
- Mohd Yunus A, Mohamad Hanafiah J, *et al.*, 2005. The Prevalence of Cardiovascular Risk Factors among Residents of a Malanau Village, in Bintulu, Sarawak *Malaysian Journal of Community Health* (suppl. 1)
- Mohd Yunus A, MS Sherina and Zainuddin A. 2005. Mental Health Status of Diabetic Patient Seen in Klinik Kesihatan Kuala Pilah. *Malaysian Journal of Community Health* (suppl.1)
- NHMS2 Conference 1997, Report of the Second National Health and Morbidity Surver Conference . Hospital Kuala Lumpur. 20-22 November 114-125
- Ng, P.Y. 2008. Prevalence of Occupaional Stress Job Psychological Characteristics among Primary School Teachers in Wilayah Persekutuan Putra Jaya. Bachelor of Science in Environmental and Occupational Health Thesis. Universiti Putra Malaysia.. (unpublished)

- NSW General Practice Council. 2004. Primary Health Care: Changing System and New Models. Sydney. <http://phcris.or.au/resource/phc>
- Pencheon. D., Guest, C., *et al.* 2003. Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press. Oxford.
- Pusat Pembangunan Akademik (CAde) UPM. 2007. Modul, Penerapan Kemahiran Insaniah dalam Kurikulum. Universiti Putra Malaysia. Serdang.
- Rampal L, Numan SM, and Mohd Yunus A, 2005. Knowledge, Attitude and Practices Related to smoking among the Medical Students and Staff in UPM. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(1)**.
- Rogers W., and Veale, B. Primary Health Care and General Practice A Scoping Report. National Information Services of the General Practice Evaluation Program. Department of General Practice. Flinders University. South Australia <http://www.flinders.edu.au>
- Shaharuddin, MS, Muhd. Mursyidi M, *et al.*, 2004. Fluoride and Fluorosis: A Preliminary Study among Primary School Children in Pasir Mas, Kelantan. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, Vol 4 (suppl.)
- Shaharuddin MS, Sumarlan, Mohd Yunus A *et al.*, 2005. Preliminary Study of Dental Fluorosis and Caries among Secondary Schoolchildren in Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia After Cessation of Water Fluoridation. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(1)**.
- Shaharuddin MS, Sumarlan, S., and Mohd Yunus A. 2005. Preliminary Study of Dental Fluorosis and Caries among Secondary Schoolchildren in Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia After Cessation of Water Fluoridation FLUORIDE, *Quarterly Journal of The International Society for Fluoride Research*. **38(3)**.
- Shaharuddin MS, Mohd Noor KM, Mohd Yunus A, *et al.*, 2007. Prevalence of dental fluorosis among Primary School Children in Kuala Terengganu, Malaysia. *Dentika Dental Journal*, **12(1)**: 18-21.
- Shaharuddin MS, Sumarlan, S, Mohd Yunus A. *et al.*, 2007. Relationship between natural fluoride levels in non-fluoridated drinking water and dental fluorosis among school children in Kota Kinabalu, Malaysia *Dentika Dental Journal*, **12(1)**: 31-35.

- Shaharuddin MS, Mohd Yunus A. *et al.*, 2007. Fluoride and fluorosis: comparison in three different area in Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* (suppl. 2)
- Shaharuddin MS, Mohd Irwan, Mohd Yunus A, *et al.*, 2007 A Comparison of the prevalence of dental fluorosis among 12 years old children from four different site in Peninsular Malaysia. *Malaysia Journal of Medical Sciences*. **14(2)**.
- Shamsul Bahri BMT, Siti SH, *et al.*, 2005. The role of transcutaneous electro nerve stimulation (TENS) in reducing erector spinae muscle fatigue among commercial vehicle drivers. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, **5(3)**. Sherina MS. Azhar MZ and A Mohd Yunus. 2004. After the Hospital Episode : The Community Follow-up Project. *Asia Pacific Family Medicine* **3(1-2)**: 1-8.
- Sherina, MS., Azhar MZ and Mohd Yunus A. *et al.* 2004. A. After the Hospital Episode The Community Follow-up Project. *Asia Pacific Family Medicine* **3(1-2)**: 1-8,
- Sherina, MS., Azlan Hamzah, SA., Mohd Yunus, A. *et al.*, 2005. Computer Aided Learning in the Community Follow-Up Project: A Pilot Study. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, **1(2)**: 97-104.
- Sherina, MS., Azhar MZ, Mohd Yunus A., *et al.*, 2005. The Community Follow-up Project. *The Medical Journal of Malaysia*. **60(D)**: 54-57.
- Sherina MS, Mohd Yunus A. *et al.*, 2005 . Attitude and Practice on Computer in Medicine among Medical Students UPM. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* **1(1)**: 1-10.
- Siti SH, Wan CZWH, *et al.*, 2005. Prevalence of Musculoskeletal Disorders among Malaysia Commercial Vehicle Bus Drivers. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(1)**.
- Tamrin SBM, Yokoyama, K, *et al.*,. The Association Between Risk Factors and Low Back Pain among Commercial Vehicle Drivers in Peninsular Malaysia: A Preliminary Result. *Industrial Health*, **45**: (268 – 278). 2007
- Teng C.L., Khoo, E.M., and Ng C.J. 2008. Family Medicine, Healthcare & Society. Essay by Dr MK Rajakumar. Family Medicine, Healthcare & Society. Essay by Dr MK Rajakumar. Academy of Family Medicine of Malaysia. Kuala Lumpur.

- Visvanathan R, Zaiton A, *et al.* 2004. The Nutritional Status of 1081 elderly People residing in Publicly Funded Shelter Homes in Peninsular Malaysia. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1-7.
- Wan CZWH, Hamiraj, AF, *et al.*, 2005. Antropometric Measurements of Malaysian Commercial Vehicles Bus Drivers for a Bus Seat Design. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(3)**.
- Wan CZWH, Hamiraj, AF, Shamsul Bahri BMT, *et.al.*, 2005. Antropometric Measurements of Malaysian Commercial Vehicles Bus Drivers for a Bus Seat Design. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(1)**.
- Wan Omar, A, Sulaiman O, *et al.*, 2005. Intestinal Helminthiasis among Immigrant Workers of ESPAK-RISDA Oil Palm Estate of Perak Tengah. Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(1)**.
- Wan Omar, A, Sulaiman O., *et al.*, 2005. Intestinal Helminthiasis among Immigrant Workers of ESPAK-RISDA Oil Palm Estate of Perak Tengah. Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* **5(1)**.
- Wan Omar A., Mohd Yunus .A., *et al.*, 2003. The Seasonal Abundance of Aedes Mosquitoes (Dengue Vectors) in The Serdang Main Campus of Universiti Putra Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 3 (Suppl.)
- World Health Organization (WHO). 1954. Methodology of Planning an Integrated Health Programme for Rural Areas. *Second Report of the Expert Committee on Public Health Administration*. Geneva.
- World Health Organization (WHO). Alma Ata 1978: Primary health care. *Report of the International conference on Primary Health Care*. Alma Ata . USSR 6 -12 September 1978. Jointly sponsored by the WHO and UNICEF. Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO). Global School Health Initiatives. WHO. 2007 http://www.who.int/school_youth.
- Yadav, H. Hospital Management. University Malaya Press. Kuala Lumpur.2006

PENGHARGAAN

Alhamdulillah, saya ingin rakamkan rasa syukur ke hadrat Allah Subhanawataala dan salawat dan salam kepada Junjungan Nabi Muhammad S.A.W., dengan izin dan limpah kunia Allah jua saya dapat melalui sedikit penerokaan ke dalam bidang ilmu dan kerjaya yang saya ceburi ini. Semoga ia menjadi amalan yang berterusan dan dapat disambung terus ke generasi selanjutnya.

Saya dedikasikan dan rakamkan ucapan ribuan terima kasih kepada semua yang terlibat secara langsung atau tidak langsung dalam menyediakan penulisan ini dan mereka yang terlibat dengan saya ketika dalam meneroka ilmu, amalan, perkhidmatan dan menimba pengalaman dalam penjagaan kesihatan primer yang saya lalui di seluruh negara tercinta Malaysia ini dan negara-negara lain yang saya lawati.

Secara khususnya saya rakamkan ribuan terima kasih dan penghargaan kepada kepada ibu, isteri, anak-anak dan saudara saya yang membantu dengan sokongan, tenaga, masa, kewangan, kesabaran dan doa semasa saya melalui proses pembelajaran dan penerokaan kerjaya saya dengan limpah kasih sayang.

Saya rakamkan secara khusus kepada mereka yang berikut ini sebagai satu doa semoga Allah memberi keampunan dan kerahmatan kepada Allahyarham dan Allahyarhammah berikut kerana membantu saya sebagai anak desa dari keluarga yang amat sederhana sehingga dapat

BIODATA

Profesor Dr. Hj. Mohd Yunus Abdullah, 55 tahun, ialah seorang Pakar Perubatan Kesihatan Awam yang kini bertugas sebagai Pensyarah Perubatan di Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan, Universiti Putra Malaysia (UPM). Beliau adalah mantan Ketua Jabatan Kesihatan Komuniti, di fakulti tersebut. Bidang subpengkhususan beliau ialah *Primary Health Care (practice, management & training)*. Beliau telah bertugas selama 10 tahun di UPM.

Beliau berasal dari Kampung Kuala Jempol dan mendapat pendidikan menengah di Batu Kikir, Daerah Jempol, Negeri Sembilan dan Sekolah Alam Shah di Kuala Lumpur. Beliau mempunyai kelulusan Doktor Perubatan (MD) dari Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM/Kumpulan pertama) pada tahun 1979 dan Sarjana dalam bidang Kesihatan Awam dari University of Hawaii, Honolulu, USA (1984). Beliau juga mendapat latihan pengkhususan lanjutan dari Mahidol University (Bangkok) dan Universitas Indonesia (Jakarta) dalam bidang Penjagaan Kesihatan Primer dan Pembangunan Kesihatan Masyarakat Desa.

Pernah bertugas sebagai Pegawai Kesihatan Daerah Rembau dan Tampin di Negeri Sembilan dan sebelumnya sebagai pensyarah perubatan di UKM selama 13 tahun dan telah di tempatkan sebagai penyelaras latihan kesihatan luar bandar di Tanjung Karang, Kuala Selangor dan Sabak Bernam. Beliau juga pernah bertugas sebagai pengurus dan doktor klinik penjagaan primer swasta di Seremban dan Yayasan Pembangunan Jabal Nur (di bawah naungan Pusat Islam Malaysia).

Selain terlibat dalam penyelidikan, beliau juga banyak terlibat dalam penulisan kertas teknikal, membuat perundingan terutama berkaitan dengan penjagaan kesihatan primer, masalah kesihatan masyarakat desa, kesihatan persekitaran, keselamatan dan kesihatan pekerjaan, program latihan

doktor perubatan, latihan kejururawatan, latihan perubatan traditional dan komplementari Melayu, sama ada pada peringkat siswazah mahupun pada peringkat pasca siswazah.

Beliau juga bergiat aktif dalam memberi perundingan profesional, pembangunan kurikulum, penilaian kualiti latihan melalui badan dan agensi kerajaan (seperti universiti, MQA dan JPA), dan pertubuhan professional. Beliau juga aktif dalam kegiatan khidmat masyarakat melalui pertubuhan sukarela dan pertubuhan berkaitan dengan pendidikan masyarakat termasuk PIBG.

LIST OF INAUGURAL LECTURES

1. Prof. Dr. Sulaiman M. Yassin
The Challenge to Communication Research in Extension
22 July 1989
2. Prof. Ir. Abang Abdullah Abang Ali
Indigenous Materials and Technology for Low Cost Housing
30 August 1990
3. Prof. Dr. Abdul Rahman Abdul Razak
Plant Parasitic Nematodes, Lesser Known Pests of Agricultural Crops
30 January 1993
4. Prof. Dr. Mohamed Suleiman
Numerical Solution of Ordinary Differential Equations: A Historical Perspective
11 December 1993
5. Prof. Dr. Mohd. Ariff Hussein
Changing Roles of Agricultural Economics
5 March 1994
6. Prof. Dr. Mohd. Ismail Ahmad
Marketing Management: Prospects and Challenges for Agriculture
6 April 1994
7. Prof. Dr. Mohamed Mahyuddin Mohd. Dahan
The Changing Demand for Livestock Products
20 April 1994
8. Prof. Dr. Ruth Kiew
Plant Taxonomy, Biodiversity and Conservation
11 May 1994
9. Prof. Ir. Dr. Mohd. Zohadie Bardaie
Engineering Technological Developments Propelling Agriculture into the 21st Century
28 May 1994
10. Prof. Dr. Shamsuddin Jusop
Rock, Mineral and Soil
18 June 1994

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

11. Prof. Dr. Abdul Salam Abdullah
Natural Toxicants Affecting Animal Health and Production
29 June 1994
12. Prof. Dr. Mohd. Yusof Hussein
Pest Control: A Challenge in Applied Ecology
9 July 1994
13. Prof. Dr. Kapt. Mohd. Ibrahim Haji Mohamed
Managing Challenges in Fisheries Development through Science and Technology
23 July 1994
14. Prof. Dr. Hj. Amat Juhari Moain
Sejarah Keagungan Bahasa Melayu
6 Ogos 1994
15. Prof. Dr. Law Ah Theem
Oil Pollution in the Malaysian Seas
24 September 1994
16. Prof. Dr. Md. Nordin Hj. Lajis
Fine Chemicals from Biological Resources: The Wealth from Nature
21 January 1995
17. Prof. Dr. Sheikh Omar Abdul Rahman
Health, Disease and Death in Creatures Great and Small
25 February 1995
18. Prof. Dr. Mohamed Shariff Mohamed Din
Fish Health: An Odyssey through the Asia - Pacific Region
25 March 1995
19. Prof. Dr. Tengku Azmi Tengku Ibrahim
Chromosome Distribution and Production Performance of Water Buffaloes
6 May 1995
20. Prof. Dr. Abdul Hamid Mahmood
Bahasa Melayu sebagai Bahasa Ilmu- Cabaran dan Harapan
10 Jun 1995

21. Prof. Dr. Rahim Md. Sail
Extension Education for Industrialising Malaysia: Trends, Priorities and Emerging Issues
22 July 1995
22. Prof. Dr. Nik Muhammad Nik Abd. Majid
The Diminishing Tropical Rain Forest: Causes, Symptoms and Cure
19 August 1995
23. Prof. Dr. Ang Kok Jee
The Evolution of an Environmentally Friendly Hatchery Technology for Udang Galah, the King of Freshwater Prawns and a Glimpse into the Future of Aquaculture in the 21st Century
14 October 1995
24. Prof. Dr. Sharifuddin Haji Abdul Hamid
Management of Highly Weathered Acid Soils for Sustainable Crop Production
28 October 1995
25. Prof. Dr. Yu Swee Yean
Fish Processing and Preservation: Recent Advances and Future Directions
9 December 1995
26. Prof. Dr. Rosli Mohamad
Pesticide Usage: Concern and Options
10 February 1996
27. Prof. Dr. Mohamed Ismail Abdul Karim
Microbial Fermentation and Utilization of Agricultural Bioresources and Wastes in Malaysia
2 March 1996
28. Prof. Dr. Wan Sulaiman Wan Harun
Soil Physics: From Glass Beads to Precision Agriculture
16 March 1996
29. Prof. Dr. Abdul Aziz Abdul Rahman
Sustained Growth and Sustainable Development: Is there a Trade-Off 1 or Malaysia
13 April 1996
30. Prof. Dr. Chew Tek Ann
Sharecropping in Perfectly Competitive Markets: A Contradiction in Terms
27 April 1996

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

31. Prof. Dr. Mohd. Yusuf Sulaiman
Back to the Future with the Sun
18 May 1996
32. Prof. Dr. Abu Bakar Salleh
Enzyme Technology: The Basis for Biotechnological Development
8 June 1996
33. Prof. Dr. Kamel Ariffin Mohd. Atan
The Fascinating Numbers
29 June 1996
34. Prof. Dr. Ho Yin Wan
Fungi: Friends or Foes
27 July 1996
35. Prof. Dr. Tan Soon Guan
Genetic Diversity of Some Southeast Asian Animals: Of Buffaloes and Goats and Fishes Too
10 August 1996
36. Prof. Dr. Nazaruddin Mohd. Jali
Will Rural Sociology Remain Relevant in the 21st Century?
21 September 1996
37. Prof. Dr. Abdul Rani Bahaman
Leptospirosis-A Model for Epidemiology, Diagnosis and Control of Infectious Diseases
16 November 1996
38. Prof. Dr. Marziah Mahmood
Plant Biotechnology - Strategies for Commercialization
21 December 1996
39. Prof. Dr. Ishak Hj. Omar
Market Relationships in the Malaysian Fish Trade: Theory and Application
22 March 1997
40. Prof. Dr. Suhaila Mohamad
Food and Its Healing Power
12 April 1997

41. Prof. Dr. Malay Raj Mukerjee
A Distributed Collaborative Environment for Distance Learning Applications
17 June 1998
42. Prof. Dr. Wong Kai Choo
Advancing the Fruit Industry in Malaysia: A Need to Shift Research Emphasis
15 May 1999
43. Prof. Dr. Aini Ideris
Avian Respiratory and Immunosuppressive Diseases- A Fatal Attraction
10 July 1999
44. Prof. Dr. Sariah Meon
Biological Control of Plant Pathogens: Harnessing the Richness of Microbial Diversity
14 August 1999
45. Prof. Dr. Azizah Hashim
The Endomycorrhiza: A Futile Investment?
23 Oktober 1999
46. Prof. Dr. Noraini Abdul Samad
Molecular Plant Virology: The Way Forward
2 February 2000
47. Prof. Dr. Muhamad Awang
Do We Have Enough Clean Air to Breathe?
7 April 2000
48. Prof. Dr. Lee Chnoong Kheng
Green Environment, Clean Power
24 June 2000
49. Prof. Dr. Mohd. Ghazali Mohayidin
Managing Change in the Agriculture Sector: The Need for Innovative Educational Initiatives
12 January 2002
50. Prof. Dr. Fatimah Mohd. Arshad
Analisis Pemasaran Pertanian di Malaysia: Keperluan Agenda Pembaharuan
26 Januari 2002

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

51. Prof. Dr. Nik Mustapha R. Abdullah
Fisheries Co-Management: An Institutional Innovation Towards Sustainable Fisheries Industry
28 February 2002
52. Prof. Dr. Gulam Rusul Rahmat Ali
Food Safety: Perspectives and Challenges
23 March 2002
53. Prof. Dr. Zaharah A. Rahman
Nutrient Management Strategies for Sustainable Crop Production in Acid Soils: The Role of Research Using Isotopes
13 April 2002
54. Prof. Dr. Maisom Abdullah
Productivity Driven Growth: Problems & Possibilities
27 April 2002
55. Prof. Dr. Wan Omar Abdullah
Immunodiagnosis and Vaccination for Brugian Filariasis: Direct Rewards from Research Investments
6 June 2002
56. Prof. Dr. Syed Tajuddin Syed Hassan
Agro-ento Bioinformation: Towards the Edge of Reality
22 June 2002
57. Prof. Dr. Dahlan Ismail
Sustainability of Tropical Animal-Agricultural Production Systems: Integration of Dynamic Complex Systems
27 June 2002
58. Prof. Dr. Ahmad Zubaidi Baharumshah
The Economics of Exchange Rates in the East Asian Countries
26 October 2002
59. Prof. Dr. Shaik Md. Noor Alam S.M. Hussain
Contractual Justice in Asean: A Comparative View of Coercion
31 October 2002
60. Prof. Dr. Wan Md. Zin Wan Yunus
Chemical Modification of Polymers: Current and Future Routes for Synthesizing New Polymeric Compounds
9 November 2002

61. Prof. Dr. Annuar Md. Nassir
Is the KLSE Efficient? Efficient Market Hypothesis vs Behavioural Finance
23 November 2002
62. Prof. Ir. Dr. Radin Umar Radin Sohadi
Road Safety Interventions in Malaysia: How Effective Are They?
21 February 2003
63. Prof. Dr. Shamsheer Mohamad
The New Shares Market: Regulatory Intervention, Forecast Errors and Challenges
26 April 2003
64. Prof. Dr. Han Chun Kwong
Blueprint for Transformation or Business as Usual? A Structural Perspective of the Knowledge-Based Economy in Malaysia
31 May 2003
65. Prof. Dr. Mawardi Rahmani
Chemical Diversity of Malaysian Flora: Potential Source of Rich Therapeutic Chemicals
26 July 2003
66. Prof. Dr. Fatimah Md. Yusoff
An Ecological Approach: A Viable Option for Aquaculture Industry in Malaysia
9 August 2003
67. Prof. Dr. Mohamed Ali Rajion
The Essential Fatty Acids-Revisited
23 August 2003
68. Prof. Dr. Azhar Md. Zain
Psychotherapy for Rural Malays - Does it Work?
13 September 2003
69. Prof. Dr. Mohd. Zamri Saad
Respiratory Tract Infection: Establishment and Control
27 September 2003
70. Prof. Dr. Jinap Selamat
Cocoa-Wonders for Chocolate Lovers
14 February 2004

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

71. Prof. Dr. Abdul Halim Shaari
High Temperature Superconductivity: Puzzle & Promises
13 March 2004
72. Prof. Dr. Yaakob Che Man
Oils and Fats Analysis - Recent Advances and Future Prospects
27 March 2004
73. Prof. Dr. Kaida Khalid
Microwave Aquametry: A Growing Technology
24 April 2004
74. Prof. Dr. Hasanah Mohd. Ghazali
Tapping the Power of Enzymes- Greening the Food Industry
11 May 2004
75. Prof. Dr. Yusof Ibrahim
The Spider Mite Saga: Quest for Biorational Management Strategies
22 May 2004
76. Prof. Datin Dr. Sharifah Md. Nor
The Education of At-Risk Children: The Challenges Ahead
26 June 2004
77. Prof. Dr. Ir. Wan Ishak Wan Ismail
Agricultural Robot: A New Technology Development for Agro-Based Industry
14 August 2004
78. Prof. Dr. Ahmad Said Sajap
Insect Diseases: Resources for Biopesticide Development
28 August 2004
79. Prof. Dr. Aminah Ahmad
The Interface of Work and Family Roles: A Quest for Balanced Lives
11 March 2005
80. Prof. Dr. Abdul Razak Alimon
Challenges in Feeding Livestock: From Wastes to Feed
23 April 2005
81. Prof. Dr. Haji Azimi Hj. Hamzah
Helping Malaysian Youth Move Forward: Unleashing the Prime Enablers
29 April 2005

Mohd Yunus Abdullah

82. Prof. Dr. Rasedee Abdullah
In Search of An Early Indicator of Kidney Disease
27 May 2005
83. Prof. Dr. Zulkifli Hj. Shamsuddin
Smart Partnership: Plant-Rhizobacteria Associations
17 June 2005
84. Prof. Dr. Mohd Khanif Yusop
From the Soil to the Table
1 July 2005
85. Prof. Dr. Annuar Kassim
Materials Science and Technology: Past, Present and the Future
8 July 2005
86. Prof. Dr. Othman Mohamed
Enhancing Career Development Counselling and the Beauty of Career Games
12 August 2005
87. Prof. Ir. Dr. Mohd Amin Mohd Soom
Engineering Agricultural Water Management Towards Precision Farming
26 August 2005
88. Prof. Dr. Mohd Arif Syed
Bioremediation-A Hope Yet for the Environment?
9 September 2005
89. Prof. Dr. Abdul Hamid Abdul Rashid
The Wonder of Our Neuromotor System and the Technological Challenges They Pose
23 December 2005
90. Prof. Dr. Norhani Abdullah
Rumen Microbes and Some of Their Biotechnological Applications
27 January 2006
91. Prof. Dr. Abdul Aziz Saharee
Haemorrhagic Septicaemia in Cattle and Buffaloes: Are We Ready for Freedom?
24 February 2006
92. Prof. Dr. Kamariah Abu Bakar
Activating Teachers' Knowledge and Lifelong Journey in Their Professional Development
3 March 2006

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

93. Prof. Dr. Borhanuddin Mohd. Ali
Internet Unwired
24 March 2006
94. Prof. Dr. Sundararajan Thilagar
Development and Innovation in the Fracture Management of Animals
31 March 2006
95. Prof. Dr. Zainal Aznam Md. Jelani
Strategic Feeding for a Sustainable Ruminant Farming
19 May 2006
96. Prof. Dr. Mahiran Basri
Green Organic Chemistry: Enzyme at Work
14 July 2006
97. Prof. Dr. Malik Hj. Abu Hassan
Towards Large Scale Unconstrained Optimization
20 April 2007
98. Prof. Dr. Khalid Abdul Rahim
Trade and Sustainable Development: Lessons from Malaysia's Experience
22 Jun 2007
99. Prof. Dr. Mad Nasir Shamsudin
Econometric Modelling for Agricultural Policy Analysis and Forecasting: Between Theory and Reality
13 July 2007
100. Prof. Dr. Zainal Abidin Mohamed
Managing Change - The Fads and The Realities: A Look at Process Reengineering, Knowledge Management and Blue Ocean Strategy
9 November 2007
101. Prof. Ir. Dr. Mohamed Daud
Expert Systems for Environmental Impacts and Ecotourism Assessments
23 November 2007
102. Prof. Dr. Saleha Abdul Aziz
Pathogens and Residues; How Safe is Our Meat?
30 November 2007

103. Prof. Dr. Jayum A. Jawan
Hubungan Sesama Manusia
7 Disember 2007
104. Prof. Dr. Zakariah Abdul Rashid
Planning for Equal Income Distribution in Malaysia: A General Equilibrium Approach
28 December 2007
105. Prof. Datin Paduka Dr. Khatijah Yusoff
Newcastle Disease virus: A Journey from Poultry to Cancer
11 January 2008
106. Prof. Dr. Dzulkefly Kuang Abdullah
Palm Oil: Still the Best Choice
1 February 2008
107. Prof. Dr. Elias Saion
Probing the Microscopic Worlds by Ionizing Radiation
22 February 2008
108. Prof. Dr. Mohd Ali Hassan
Waste-to-Wealth Through Biotechnology: For Profit, People and Planet
28 March 2008
109. Prof. Dr. Mohd Maarof H. A. Moxsin
Metrology at Nanoscale: Thermal Wave Probe Made It Simple
11 April 2008
110. Prof. Dr. Dzolkhifli Omar
The Future of Pesticides Technology in Agriculture: Maximum Target Kill with Minimum Collateral Damage
25 April 2008
111. Prof. Dr. Mohd. Yazid Abd. Manap
Probiotics: Your Friendly Gut Bacteria
9 Mei 2008
112. Prof. Dr. Hamami Sahri
Sustainable Supply of Wood and Fibre: Does Malaysia have Enough?
23 Mei 2008
113. Prof. Dato' Dr. Makhdzir Mardan
Connecting the Bee Dots
20 Jun 2008

Penjagaan Kesihatan Primer di Malaysia

113. Prof. Dato' Dr. Makhdzir Mardan
Connecting the Bee Dots
20 June 2008
114. Prof. Dr. Maimunah Ismail
Gender & Career: Realities and Challenges
25 July 2008
115. Prof. Dr. Nor Aripin Shamaan
Biochemistry of Xenobiotics: Towards a Healty Lifestyle and Safe Environment
1 August 2008